



UNIVERSIDADE DO MINDELO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS

CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE
ANO LETIVO 2014/2015 – 4º ANO

Autor: Heriberta Silva Araújo N.º 1887

Mindelo, 2015

UNIVERSIDADE DO MINDELO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS, JURÍDICAS E SOCIAIS

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM PSICOLOGIA
CLÍNICA E DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade do Mindelo como parte de requisitos para a
obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia.

Discente: Heriberta Silva Araújo – nº 1887

Orientadora: Dr^a Teresa Andrade

Mindelo, 2015

Dedicatória

Dedico este trabalho a memória do meu pai João Nicolau Araújo, a minha mãe Maria Salomé Silva Araújo, as minhas filhas Yara e Haylla, pela força e compreensão dispensados a mim, não só neste, mas em todos os momentos da minha vida.

Agradecimentos

Agradeço aos meus familiares que, de uma forma ou de outra, me ajudaram a passar por essa fase da vida de provas e méritos. Dizem que amigos são irmãos que escolhemos. Agradeço aos meus irmãos do coração, que sempre estiveram por perto quando precisei – mesmo que às vezes longe –, Hermenegilda, Ivone, Emerson, Marlene, Helder, Ronisia, Jailson, Fernando e Liliane pelo apoio e por partilharem comigo o aprendizado.

Às amigas com as quais compartilhei tantos momentos de felicidade, ansiedade, estudos, confissões e angústias nesses anos de universidade. Aos amigos da vida, que acompanham o andamento de meus projetos e compõem uma parte muito importante da minha vida.

Agradeço à minha orientadora Dra. Teresa Andrade, pela segurança e compreensão, pelo apoio e confiança depositados. Sem seus conselhos, ensinamentos e palavras de auxílio, nada disso teria sido possível. E claro, por ser um referencial de pessoa e profissional que tanto admiro.

Aos demais professores do Curso de Psicologia, pela doçura, bravura e excelência, que me inspiraram ao longo de todos esses anos de formação. Aos demais colegas de curso, com os quais convivi quatro ótimos e inesquecíveis anos.

A Deus por me ter concebido a luz nesta etapa da minha vida.

Agradeço a todos que fizeram parte deste trabalho pela colaboração.

Vocês merecem todo o meu carinho e respeito.

Resumo

O relatório tem como objectivo mostrar a aproximação dos conteúdos teóricos adquiridos à realidade prática.

O estágio foi realizado nas enfermerías de Saúde Mental e na enfermería de Pediatria em que neste último foi prestado apoio psicológico as mães e as crianças hospitalizadas.

Na enfermería de Saúde Mental foi realizado inúmeras actividades tais como a apresentação de seminários temáticos e consultas de processos clínicos.

Posteriormente numa outra fase à assistência a primeiras consultas, e entrevistas a pacientes internados.

Palavras chaves: Apoio psicológico; Processos clínicos; Entrevistas.

Abstract

The report aims to show the approach of the technical contents acquired to real practice.

The training was conducted in the wards of mental health and pediatric Ward, where in the latter psychological support was provided to mothers and hospitalized children.

In the mental health Ward was conducted several activities such as: seminars presentation; presentation of thematic seminars and clinical processes consultations.

Later in another phase assistance to first consultations and interviews with hospitalized patients.

Key-Words: psychological support; medical records; interviews.

Índice

Introdução	11
Objectivos do Relatório	12
Primeira Parte.....	13
Capítulo I.....	13
1 – Caracterização da Instituição.....	13
1.1 – Histórico e Funcionamento.....	13
1.2 – Características Físicas	14
1.4 – Princípio de Funcionamento e Dinâmica da Instituição.....	16
1.5 – Caracterização do Serviço de Saúde Mental	17
Capítulo II	18
2 – Atividades Realizadas no Processo de Estágio	18
2.1 – Serviço de Saúde Mental	18
2.2 – Serviço de Pediatria	19
Segunda Parte	20
Capítulo I – Apresentação dos Estudos de Caso.....	20
1 – Justificação da Escolha dos Casos.....	20
2 – Apresentação do Caso Nº1	20
2.1 – Instrumentos utilizados para avaliação deste caso	20
2.2 – Fundamentação Teórica.....	22
2.2.1 – Disfunção Sexual de Foro Ansioso	22
2.2.2 – Medo e Ansiedade	22
2.2.3 – Causas da Ejaculação Precoce.....	24
2.2.4 – O Modelo de Masters e Johnson	25

2.3 – Identificação do Paciente.....	26
2.4 - Motivo da Consulta	26
2.5 - Observação Psicológica	27
2.6 - Interpretação do TAT (ver Anexo 2).....	29
2.7 - Compreensibilidade do Caso.....	30
2.8 - Hipótese de diagnóstico	32
2.9 - Propostas de Intervenção.....	32
3 – Apresentação do Caso 2	33
3.1- Instrumentos utilizados para estudo do caso	33
3.2- Fundamentação Teórica	34
3.2.1 – Depressão Infantil.....	34
3.2.2 - Tristeza.....	34
3.2.3 - Sono.....	35
3.2.4 - As dificuldades escolares	36
3.3 – Identificação do Paciente.....	37
3.4 - Genograma familiar.....	38
3.5 -Motivo de Consulta	38
3.6 - Entrevista de pais	38
3.7 – História Pessoal e Familiar	39
3.8 - Consulta de Observação	40
3.9- Desenho.....	43
3.9.1 – Interpretação do Desenho da Família Real (Anexo 3.1.1)	43
3.9.2 - Desenho da Família Imaginaria (Anexo 3.1.2)	44
3.9.3 – Interpretação do desenho livre (Anexo 3.1.3)	44
3.10 - Interpretação HTP (Anexo 3.2).....	45

3.11 - Interpretação do CAT Animal. (Anexo 3.3)	45
3.12 - Interpretação do Teste da Exclusão de Objeto (Anexo 3.4).....	46
3.13 - Compreensão do caso.....	46
3.14 – Hipótese de diagnóstico.....	47
3.15 – Propostas de intervenção	48
Terceira Parte	49
Reflexão Pessoal.....	49
Conclusão	50
Referências Bibliográficas.....	51
ANEXOS	53
APÉNDICE	77

Introdução

O estágio tem como objectivo ajudar os estudantes a desenvolver capacidades e competências teóricas e técnicas, pessoais e profissionais.

Este relatório aborda especificamente as tarefas elaboradas durante o período de estágio. O estágio processa-se em três fases. Numa primeira fase constitui em rever bibliografias, seminários temáticos, consultas de processos clínicos e de modo geral a adaptação a instituição.

Depois a segunda fase de avaliação psicológica em que neste contexto realizamos a assistência a primeiras consultas e a entrevista aos pacientes internados.

Na terceira e última fase continua-se a avaliação, mas também, não só ao mesmo tempo realiza-se avaliação e apoio psicológico a pacientes nas outras enfermarias do Hospital Batista de Sousa.

Entre outras actividades inerentes a dinâmica do serviço e do hospital em geral.

De modo geral neste relatório pretende-se apresentar uma breve descrição da instituição onde se realizou o estágio e de modo particular as actividades realizadas durante esse período.

Pretende-se ainda fazer a apresentação de dois estudos de casos e uma breve fundamentação teórica para ambos os casos.

Objectivos do Relatório

Objectivo Geral – Mostrar a aproximação dos conteúdos teóricos adquiridos à realidade da prática.

Objectivos Específicos – Mostrar através de uma amostra o exercício de competências e habilidades para a prática da psicologia clínica.

Primeira Parte

Capítulo I

1 – Caracterização da Instituição

1.1 – Histórico e Funcionamento

A 10 de Julho de 1880 escavavam os alicerces e foram longos 19 anos de espera que a instituição ficasse pronta. No dia 10 de Setembro de 1901 inaugurava-se a primeira construção de raiz, mas que já funcionava desde 1899, foi inaugurado pelo Coronel de Artilharia o Sr. Arnaldo de Novais. A 5 de Novembro de 1933 instaura-se o serviço de obstetrícia numa enfermaria separada.

Em 1944 inicia o funcionamento de enfermaria exclusiva para foro cirúrgico, em meados da década de 50 já estão estabelecidos serviços como a fisioterapia, hemoterapia e reanimação já funcionam o laboratório de análises clínicas e a enfermaria de pediatria. Ainda antes da independência de Cabo Verde iniciaram as obras de remodelação e ampliação durante isso, os serviços passaram a funcionar num edifício no centro da cidade na actual CVTelecom. O novo hospital foi inaugurado ao som do hino nacional e foi batizado pelo nome de Hospital Dr. Baptista de Sousa.

Nos anos 60 com as novas tecnologias surge o gabinete de eletrocardiograma. Iniciaram as formações profissionais com inauguração da escola de enfermagem. O interesse pela Saúde Mental foi expresso em 1980 com consultas periódicas de psiquiatria. Na ausência do psiquiatra o enfermeiro de serviço medicava os pacientes. Posteriormente e ainda nesta década há incorporação de um psicólogo no serviço. O serviço de Saúde Mental só foi inaugurado em Janeiro de 1996 como “enfermaria de crise”.

Atualmente, o Hospital Dr. Baptista de Sousa dispõe de 272 camas e detém cerca de 438 trabalhadores (Técnicos Superiores, Técnicos Administrativos e Auxiliares).

Hoje, o Hospital Dr. Baptista de Sousa é um dos dois hospitais centrais de Cabo Verde, e serve as restantes ilhas de grupo de Barlavento, especialmente as de Santo Antão, do Sal e de S. Nicolau.

1.2 – Características Físicas

O Hospital Dr. Baptista de Sousa encontra-se estruturado em três serviços principais:

Bloco Principal - Que fica no rés-chão onde temos o banco de urgência, a secretaria, secção de estatística e serviços auxiliares; no primeiro andar encontra-se a enfermaria de medicina e o sector de cuidados intensivos; no segundo andar encontra-se a enfermaria da maternidade e no terceiro andar a enfermaria da cirurgia.

Bloco Novo – Encontra-se os quartos particulares, uma farmácia, um laboratório de análises clínicas, serviço de esterilização, enfermaria da pediatria, serviço fisioterapia, banco de sangue. No primeiro andar há um bloco operatório e enfermaria de traumatologia.

Hospital Velho – Coabitam a biblioteca, um central de consulta, alguns consultórios, uma cantina pública, escola de enfermagem, o serviço de curativos, a otorrinologia, a fisiologia, citologia e o serviço de saúde mental.

1.3 – Objetivos da Instituição

Os objetivos desta instituição estão expostos no B.O – I serie – Nº 51 da República de Cabo Verde – 19 Dezembro de 2005. Aos Hospitais Centrais são atribuídos os seguintes objetivos.

- (i) Prestar cuidados de Saúde especializados, curativos e de reabilitação, em regime de urgência, consulta externa e de internamento;
- (ii) Prestar apoio técnico aos demais serviços e unidades de saúde;
- (iii) Participar nas acções de medicina preventiva e de educação para a saúde;
- (iv) Organizar a formação contínua dos seus profissionais de saúde;
- (v) Colaborar no ensino e na investigação científica em diferentes áreas de interesse para o país, designadamente através da realização de internatos médicos e de cursos e estágios para profissionais de saúde;
- (vi) Servir de centro de formação inicial e de aperfeiçoamento para quadros de paramédicos.

1.4 – Princípio de Funcionamento e Dinâmica da Instituição

Esses princípios encontram-se nos regulamentos do B O-I serie – Nº 51 da República de Cabo Verde. Com os seguintes princípios:

- (i) A prestação de cuidados de saúde deve ser pronta e de qualidade, respeitando os direitos dos doentes e apoiar-se numa visão interdisciplinar e global deste;
- (ii) O pessoal de Hospitais Centrais é obrigado ao cumprimento das normas e ética profissional e deve tratar os doentes com maior respeito;
- (iii) Os Hospitais Centrais devem por em prática uma política de informação que permite os utentes o conhecimento dos aspetos essenciais do seu funcionamento;
- (iv) A actividade dos Hospitais Centrais deve desenvolver-se de acordo com os planos aprovados e com as linhas de acção governativa definida para a área da saúde e obedece as orientações referidas no artigo 2;
- (v) A gestão dos Hospitais Centrais deve basear-se em critérios da racionalidade económica que garante a comunidade a prestação de serviço de qualidade e de menor custos.

1.5 – Caracterização do Serviço de Saúde Mental

De acordo com as informações fornecidas pelo funcionário mais antigo do serviço de saúde mental, entre 1975 e 1980 não havia o serviço de Saúde Mental na ilha, as consultas de psiquiatria nessa altura eram feitas por um psiquiatra vindo de Santiago (cidade da Praia) o que quer dizer que não havia psicólogos nem enfermeiros dessa especialidade em São Vicente.

Em 1980 foi aberto dois pequenos gabinetes, um para atendimento psicológico e outro para serviços de enfermagem. Nessa altura atendiam pacientes como: psicóticos, neuróticos e epiléticos, em que posteriormente os epiléticos passaram a ser atendidos na Delegacia de Saúde de São Vicente.

Normalmente o controle era feito pelo enfermeiro e pelo psicólogo que já eram fixos no hospital. A partir de 1988 passou a existir um psiquiatra residente em Mindelo e os pacientes que necessitassem de internamento eram encaminhados a enfermaria da psiquiatria na cidade da Praia. No ano de 1996 passaram a funcionar duas enfermarias de crise (eram denominados enfermaria de crise porque o internamento era de curta duração).

Actualmente essa enfermaria fica situada na parte mais antiga da instituição, é constituída por uma sala de espera, três gabinetes de consulta de psicologia, um gabinete de consulta de psiquiatria, uma secretaria do serviço, uma casa de banho para funcionários, separados pelo quintal a enfermaria e o refeitório. A enfermaria é constituída por dois quartos uma para mulheres com 4 camas e outra para homens com 5 camas e uma casa de banho em cada um dos quartos, esses dois quartos estão ligados por um pequeno corredor onde os pacientes internados e os funcionários podem ver televisão.

Existe ainda uma sala para reuniões clínicas na qual pode ser utilizada para entrevistar os pacientes internados, uma casa de banho para o pessoal de serviço, uma pequena sala onde os enfermeiros e os serventes de serviço permanecem a maior parte do tempo. Neste momento o serviço de saúde mental funciona com uma vasta equipa de profissionais responsáveis, a

equipa possui quatro psicólogas clínicas, dois psiquiatras, cinco enfermeiros e quatro ajudantes de serviços gerais.

O serviço está voltado para dois tipos de atendimento: consultas externas, que é caracterizado pelos atendimentos psiquiátricos, ostentando um carácter neuropsiquiátrico, baseando fundamentalmente em psicofarmacologia clínica. As consultas externas de psicologia seguem um modelo de orientação dinâmico, no entanto, as psicólogas apresentam uma postura holística de buscar qual é a teoria que melhor se adequa ao paciente, sendo a enfermaria destinada sobretudo a intervenções em situação de crise.

O objectivo é realizar uma intervenção breve, visando levar os pacientes a organizarem-se rapidamente e readaptando-se socialmente, desta forma o internamento tem como objectivo ser o mais breve possível, no entanto, os objectivos desta enfermeira têm ficado aquém das expectativas, visto que existem poucos investimentos em recursos materiais para trabalhar na terapia ocupacional.

Há um fraco ou quase inexistente relação com os familiares dos pacientes internados.

Capítulo II

2 – Atividades Realizadas no Processo de Estágio

2.1 – Serviço de Saúde Mental

A equipa técnica do serviço é formada por psiquiatra, psicólogos, enfermeiros e auxiliares. No serviço de saúde mental realiza a intervenção de crise, consultas de psiquiatria e de psicologia.

O estágio foi dividido em três etapas: a primeira etapa de adaptação onde foi realizado consultas de processos clínicos e seminários no sentido de adaptação a um modelo e linguagem técnica.

Depois a segunda etapa que foi de avaliação psicológica em que neste contexto realizamos a assistência a primeiras consultas em que as sessões tinham uma duração de cinquenta minutos dependendo da natureza do caso. Nesta etapa realizamos entrevistas a pacientes internados.

Ao longo do estágio assisti a algumas primeiras consultas, a dinâmicas de grupo e a reuniões clínicas para a discussão de casos.

Nessa terceira etapa demos continuidade a avaliação do processo psicológico, participamos em algumas atividades grupais tais como: actividades de terapia ocupacional com objectivo de apoio mútua.

2.2 – Serviço de Pediatria

O estágio durou cerca de um mês neste serviço.

Durante o tempo de estágio não houve nenhum caso específico com indicação clínica. Realizei ao longo desse período dinâmicas três vezes por semana com a duração de uma hora e meia, com o objectivo de ajudar as crianças a lidar da melhor forma possível com a situação de internamento. Primeiramente iniciou-se com apoio psicológico ao acompanhante de cada criança, seguidamente com dinâmicas as crianças.

Essas dinâmicas foram feitas através do lúdico e do desenho¹, à crianças com idade compreendida entre os 4 a 6 anos. Aqui o brincar, o desenho aparece como uma possibilidade para a criança expressar os seus sentimentos, vivências e como forma de mediar o mundo familiar e situações novas ou ameaçadoras.

¹ Esses desenhos não se encontram no relatório porque ficaram com as crianças.

Segunda Parte

Capítulo I – Apresentação dos Estudos de Caso

1 – Justificação da Escolha dos Casos

Foram escolhidos dois casos, o primeiro com um jovem e o segundo com uma criança, foram os meus primeiros e únicos casos de seguimento. Primeiramente porque foram os únicos casos que segui, a minha primeira experiência, do contacto com paciente, bem como a natureza e faixas etárias em que os indivíduos se encontram.

Quanto ao primeiro caso despertou-me interesse devido à natureza do problema e por ser um jovem com queixas à priori de um problema que parece em indivíduos com mais idade.

No segundo caso por ser uma criança que logo ao primeiro contacto afeiçoei-me senti ao longo das entrevistas que essa criança precisava de alguém que lhe ajudasse, não só a nível afectivo, mas também a nível escolar, mostrou ser muito tímido na primeira sessão, o que ao longo dos contactos foi melhorando. Neste caso senti que foi estabelecido o vínculo terapêutico.

2 – Apresentação do Caso Nº1

2.1 – Instrumentos utilizados para avaliação deste caso

Para a elaboração deste estudo foram utilizados alguns instrumentos da avaliação psicológica disponíveis: a entrevista clínica, a observação directa no contexto da entrevista e as técnicas projectivas neste caso o T.A.T.

Entrevista- É um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional, com o objectivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistémicos (indivíduo, casal, família, rede social), em um processo que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de intervenção em benefício das pessoas entrevistadas.

Observação - Acto ou efeito de observar; reflexão explicativa; consideração atenta de um facto para o conhecer melhor. (Grande Enciclopédia Universal, volume 14, p. 9493).

T.A.T. - Este teste projetivo é constituído por trinta placas, embora a cada sujeito só se apresente vinte. Em cada uma das placas, excepto uma que está totalmente em branco, está representada uma situação, sendo pedido ao sujeito que elabore uma história a partir de cada situação apresentada. As placas são a preto e branco, e as situações representadas são bastante ambíguas, de forma a facilitar a projecção.

De acordo com o sexo e a idade do sujeito é feita a seleção das placas a apresentar: existem algumas placas apenas para o sexo masculino, outras apenas para o sexo feminino, algumas para adultos e outras para crianças (até aos catorze anos), para além daquelas que se aplicam a todos. As histórias que o sujeito elabora a partir das placas apresentadas revelam componentes significativas da sua personalidade; Murray e colaboradores (1996) afirmam que tal se deve à tendência que as pessoas têm para interpretar situações humanas ambíguas de acordo com as suas experiências passadas e os seus desejos actuais, e à tendência para, ao escrever uma história, recorrer também às próprias experiências, e introduzir nelas sentimentos ou necessidades, conscientes ou inconscientes. Ainda de acordo com os mesmos autores (1996), esta técnica permite-nos aceder a impulsos, emoções, sentimentos, complexos e conflitos da personalidade, aspetos ou tendências inibidas e subjacentes ao sujeito, de outra forma inacessíveis, uma vez que se trata de conteúdos inconscientes.

2.2 – Fundamentação Teórica

2.2.1 – Disfunção Sexual de Foro Ansioso

Segundo Gillan a queixa mais comum dos pacientes é que a sua actividade sexual anda longe de ser ideal, como, por exemplo, por impotência; pode também ser que o seu prazer seja insuficiente. Ambos os problemas são sexuais: um que radica nas funções mentais e físicas, e outro que se refere, principalmente, a uma atitude. No que diz respeito ao prazer e á actividade sexual, acreditar que se tem um problema já é um problema. Do mesmo modo, no domínio do apetite, pensar que se tem uma carência é já tê-la de facto. Do que os olhos não veem não se lamenta o coração. (Gillan, 1976, p.12)

2.2.2 – Medo e Ansiedade

Os estados de espirito provocados pelas recompensas e castigos têm também uma grande importância, quer para os teóricos da aprendizagem, quer para os terapeutas. O prazer tem sido associado, por definição, á recompensa. O castigo, ao contrário, está associado ao medo em vários níveis. Entre um leve e um moderado grau de medo estende-se a ansiedade e o medo.

O medo e a ansiedade sentem-se no corpo de várias maneiras. A pessoa ansiosa é frequentemente descrita como tensa, já que a ansiedade tende a fazer contrair os músculos por razões pouco saudáveis; a transpiração é comum; também podem aparecer tremuras em situações de forte ansiedade, assim como palpitações e sensações de choque; pode sentir-se tensão na cabeça, dores de cabeça ou uma sensação de aperto à sua volta.

Há pessoas que sofrem durante bastante tempo esta sensação geral e são denominadas personalidades ansiosas. Mas, para a maioria das pessoas com problemas sexuais, o nível de ansiedade não é assim tão forte, salvo em certos momentos ou situações particulares. Pode tratar-se de uma situação que estava originalmente associada a certo acontecimento punitivo e que, repetida, se associou com uma sensação de ansiedade. Por exemplo: a primeira experiência sexual de um jovem pode ter sido marcada pela ansiedade, talvez estivesse

nervoso; talvez tivesse havido uma oportunidade de a descoberta ser prometedora ou possível; talvez o ruído da relação sexual fosse evidente e provocasse embaraço; talvez ele fosse ridicularizado. Qualquer destas situações pode produzir ansiedade, com a resultante perda da ereção. Não é possível manter uma ereção num estado de medo ou distração.

As experiências desagradáveis transformaram-se em memórias desagradáveis e na próxima ocasião haverá mais ansiedade. O homem pode então manter ou perder a ereção consoante a severidade da ansiedade e as condições propícias da ocasião. O próprio medo de perder a ereção novamente soma-se a ansiedade e aumenta as possibilidades de fracasso. Certas pessoas não prestam demasiada atenção a uns quantos malogros, mas outras não; a impotência nem sempre é o resultado destas situações, mas às vezes pode-o ser. Além disso, a ansiedade sentida no momento da impotência pode também ser lembrada todas as vezes que o homem pensar na ocasião, especialmente quando ela é intensa, esta ansiedade antecipada pode conduzir ao evitamento da situação sexual, e deste modo o problema nunca acaba por ser encarado de frente.

O terapeuta é capaz de substituir esta sequência de castigos e ansiedade por outra sequência em que estas sensações são dissipadas pela experiência alternativa do prazer e do relaxamento, por exemplo: dado que o medo do malogro associado com a impotência conduz muitas vezes a uma situação em que o fracasso é bastante frequente, a recomendação normal é parar todas as tentativas de ter relações sexuais e só se entregar a alguma actividade sexual agradável em que não seja necessária a ereção, recomenda-se certo tipo de massagens lentas, dadas mútua e descontraidamente. Esta experiência de um comportamento sexual calmo, descansado, á margem da ereção, suscita rapidamente um estado mental em que a ereção é possível. A partir daí, o terapeuta recomendará outras séries graduadas de novas situações, todas eles evitando a ansiedade e maximalizando o prazer. Isto levará eventualmente á reaprendizagem do “bom” comportamento e as relações sexuais adequadas. (Gillan, 1976, p.100).

Segundo Pedro Nobre, os estudos acerca do papel da ansiedade no funcionamento sexual apresentam já um longo percurso a que não é alheio o facto da variável ser conceptualmente concebida por diversos autores Kaplan 1974, 1981; Masters e Johnson, 1970, como central na compreensão da disfuncionalidade sexual.

Num estudo feito a adolescentes por Ramsey verificou que 50% da sua amostra obteve erecção em situações de cariz não sexual, estas situações envolviam fenómenos habitualmente desencadeadores de medo, como acidentes, ser apanhado pela polícia; a capacidade destes homens para atingir erecções sucessivas sob ameaça constante de agressão, sob a ideia de ansiedade como inibidora da resposta sexual. Por outro lado Redmond, Kosten e Reiser (1982) notaram que níveis elevados de ansiedade estavam associados ao aumento da activação sexual em adultos masculinos. A ansiedade parece assumir uma função ambivalente; por um lado facilita a resposta sexual (sujeitos funcionais) e por outro inibe-a (sujeitos disfuncionais).

2.2.3 – Causas da Ejaculação Precoce

Existem várias teorias e consequentemente poucas certezas sobre as causas da ejaculação precoce. Porém, tudo leva a crer que, ao contrário do que ocorre na falta de erecção, a grande maioria dos casos a ejaculação precoce tem origem emocional.

Segundo Pedro Nobre (2006), a ejaculação prematura parece constituir a mais frequente disfunção sexual masculina e relativamente as variáveis sócio demográficos indicam uma significativa tendência para a diminuição da prevalência da ejaculação prematura em função do nível de habilitações literárias.

Quanto a etiologia da ejaculação prematura, alguns autores indicam como principal factor a hipersensibilidade à estimulação do pénis (Assalian, 1988; Damrav, 1963).

Como factores psicossociais são habitualmente apontados a ignorância relativamente à fisiologia da resposta sexual, expectativas de desempenho irrealistas, fracas aptidões sexuais ou história de masturbação e ansiedade.

Entre os factores etiológicos de natureza psicossocial mais frequentemente apontados, encontram-se respostas emocionais de ansiedade e medo, crenças sexuais baseadas em rígidos princípios religiosos, baixa auto-estima e imagem corporal (Reamy e White, 1985).

2.2.4 – O Modelo de Masters e Johnson

O interesse de Masters e Johnson era estudar os mecanismos fisiológicos associados à resposta sexual e conhecer a sua implicação nos fenómenos de disfuncionalidade sexual.

Os autores propuseram um modelo do ciclo de resposta sexual masculina e feminino baseado em quatro fases distintas:

- *Fase Excitação* – esta fase caracteriza-se essencialmente pela erecção do pénis no homem. Na mulher, por sua vez, as manifestações mais importantes consistem na lubrificação vaginal, intumescimento dos pequenos lábios e do clítoris e erecção dos mamilos.
- *Fase Plateau* – os autores caracterizam esta fase do ciclo de resposta sexual como uma fase intermédia entre a excitação e o orgasmo, correspondendo ao período no qual a intensidade da excitação atingiu o ponto máximo, mantendo-se razoavelmente inalterável até ao orgasmo.
- *Fase Orgasmo* – esta fase corresponde ao clímax sexual que é caracterizado no homem pela ejaculação e na mulher pela contracção da plataforma orgásmica (localizado no termo externo da vagina).
- *Fase Resolução* – constitui a última das fases do ciclo de resposta sexual proposto por Masters e Johnson (1966). Corresponde ao período pós-orgasmo e consiste fundamentalmente num processo de “normalização” das principais modificações

fisiológicas experimentadas durante as três anteriores fases. Este período caracteriza-se ainda pela habitual sensação de relaxamento que provoca. Nos homens, a fase de resolução é acompanhada de um período designado refractário, durante a qual se torna impossível reiniciar qualquer resposta sexual.

Para Masters e Johnson estas quatro fases seriam comuns aos dois sexos, existindo uma similaridade entre os processos fisiológicos envolvidos na resposta sexual das mulheres e dos homens.

2.3 – Identificação do Paciente

Nome: D.S.

Idade: 22 Anos

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Agregado Familiar: mãe, 2 irmãos

Fratrã: 4 irmãos

Habilitações Literárias: 12º Ano

2.4 - Motivo da Consulta

O paciente queixa-se de dificuldades de erecção inicial e problemas relacionados com ejaculação tendo sido encaminhado pelo serviço de Urologia para uma avaliação psicológica. Tem alguma dificuldade em conseguir a erecção no entanto alega que ao conseguir a erecção logo que faz a penetração ejacula. Segundo ele o problema dura já há 3 anos.

O pai vive e trabalha em Santo Antão, diz ter boa relação com ele e com os outros familiares.

2.5 - Observação Psicológica

1ª- Entrevista

O D. S. é o segundo filho dessa fratria, vinha sempre só a consulta. Na primeira entrevista trazia vestido uma t-shirt rosa com short e um chinelo. A aparência cuidada de modo geral, o discurso coerente. Apresenta sempre ansioso (manuseava mãos, por vezes dava a impressão que gaguejava ao verbalizar). Na maior parte das vezes evita o contacto visual com a terapeuta porém, de vez em quando dirigia o olhar fugidio a mim dando uma impressão de estar com vergonha de mim tendo em conta o conteúdo da queixa. Mostrando pouco a vontade e alguma dificuldade em esclarecer o problema que lhe trouxe a consulta. Pois o tom de voz era sempre baixo. A postura sempre rígida, o contacto retraído.

Em relação a esfera sexual alega ter iniciado uma vida sexual activa aos 16 anos de idade, associando ao mesmo tempo este facto ao do seu início no uso de bebidas alcoólicas, que no entanto ressalta ser socialmente. Ressaltando de seguida que não usa outras substâncias psicoativas.

Ao perguntar-lhe sobre a sua relação de namoro responde dizendo ter uma namorada fixa, no entanto vai ressaltando que antigamente tinha várias melhor dizendo aos 16 anos altura em que iniciou a vida sexual. Ao remeter-lhe para a queixa, portanto, as dificuldades de erecção e de ejaculação, responde aludindo a sua dificuldade em usar o preservativo devido à dificuldade de erecção. Nesta sequência diz ter sempre medo de manifestar essas dificuldades cada vez que vai iniciar uma relação sexual. Alega ser uma preocupação constante. Acrescentando que durante o sono tem erecção e ejaculação com frequência.

No final da entrevista foi-lhe abordado a questão da necessidade da namorada vir a uma consulta com ele, e foi-lhe explicado a importância deste facto tendo em conta que o problema abordado acontece no contexto de relacionamento entre os dois mais especificamente de relação íntima. Porém resiste alegando que a namorada não teria disponibilidade. E na verdade, ao longo das várias sessões sempre alegou esta justificação em relação a vinda da namorada para uma consulta de casal.

2ª- Entrevista

Durante esta entrevista, mostrou-se defensivo, evasivo com respostas vagas e rápidas recorrendo constantemente a respostas do tipo sim e não o que dificultou um pouco a exploração do problema.

Acudindo a uma fantasia emergida por parte da terapeuta houve a necessidade de pedir-lhe que descrevesse a namorada perguntando exactamente como ela é e mais especificamente como ela se apresenta durante as relações sexuais ao que ele responde devolvendo a pergunta a terapeuta, havendo então a necessidade de reformular a pergunta.

3ª- Entrevista

Durante esta entrevista continuou-se a explorar a relação de namoro, foi-lhe perguntado em que circunstâncias tinham relações com a namorada, ao que responde que se encontravam em casa dos pais quando estes não tivessem em casa, alega ainda ficar preocupado e com medo de serem encontrados por alguém durante o acto sexual.

Ressaltando ainda que tinha problema de erecção no início do acto sexual e que ao se relaxar a relação corria normalmente. Explorando um pouco mais a esfera sexual e as informações que tem sobre o sexo, houve a necessidade de lhe perguntar se já masturbou e se teve alguma dificuldade de erecção durante este processo. Para responder com maior clareza a questão foi reformulado a pergunta, perguntando directamente o que sente quando masturba, depois de fazer muito tempo de latência e de repetidas vezes dizer não entender a questão, dando a impressão que desconhecia a palavra, respondeu que sim acrescentando que não teve quaisquer problema durante a masturbação.

T.A.T

Houve a necessidade de recorrer a uma técnica projectiva mais necessariamente o T.A.T. para pesquisar melhor alguns aspectos da sua personalidade que muitas vezes não são observáveis e manejáveis durante o processo de entrevista.

No início resistiu ao teste dizendo que não com movimentos da cabeça dando a impressão de estarmos numa brincadeira. Mesmo tendo recebido explicações prévias sobre o teste tive de explicar-lhe novamente em que consistia, ele aceitou aderindo-se ao teste. Manuseando as mãos e levando-os com frequência ao rosto começou a narrar histórias sobre as placas apresentadas, fazendo muito tempo de latência e não desenvolvendo-as com as perguntas que lhe eram feitas, foi contando histórias mais agarrado ao concreto.

Foi narrando de prancha em prancha, ao apresentar-lhe a prancha em branco riu-se, voltando-a de um lado e do outro perguntou-me se era para contar uma história, devolvi-lhe que podia criar uma, com a cara sorridente disse que era uma folha em branco e que não havia nada para falar.

2.6 - Interpretação do TAT (ver Anexo 2)

O paciente mostrou resistência dizendo que não com movimentos da cabeça e a rir-se, fez muito tempo de latência recorrendo ao concreto com histórias pouco elaboradas e de carácter descritivo. O imaginário bastante inibido com um vocabulário muito pobre. É uma pessoa contida, típico de uma personalidade passiva (não quis fazer o teste, mas acaba fazendo para não desagradar a terapeuta).

Na prancha 1, sobressai a realização pessoal, a perspectiva do futuro, para ele a realização pessoal é importante.

Identifica-se com personagens tristes (3BM), frágeis, inseguras e tímidas.

As angústias são terríficas de (morte, solidão, abandono, mutilação) verificadas nas pranchas 8BM, 13BM, 13MF e 14. Há também uma angústia de culpa muito grande e angústia de perda do objecto que sobressai na prancha 14MF.

Há uma expiação de culpa, ele vivência tudo com grande culpabilidade e a figura castradora (fig materna) é tão cruel que não perdoa notório na prancha 6BM.

É notório alguma regressão quando fala de um rapaz criança.

As figuras parentais estão presentes, de forma não afectivos, mas sim como vândalos, invasores e castradores, temos uma pessoa invasora que entrou na sua vida sem pedir licença essa pessoa não mede os seus alcances mostrada na prancha 7BM, 5.

Na prancha 10 emerge uma figura castradora, amputante que simboliza medo e gera angústia.

Existe também ligeiras evidências de agressividade uma vez que em cinco placas utiliza termos que denotam violência como: ataque, bater, atacar e esquartejar.

Há necessidade de reparação, que alguém lhe dê algum afecto.

Usa como mecanismos defesa a resistência, a denegação quando ao mesmo tempo que projecta realça que é o que vê na prancha 8BM.

2.7 - Compreensibilidade do Caso

De poucas verbalizações e bastante inibido no contacto. A sua timidez associado a passividade gera-lhe alguma ansiedade que constituem factores precipitantes e de manutenção do problema que se imbrincam com uma estrutura depressiva. Pois percebe-se pelos dados quer do teste projectivo quer das entrevistas a existência de uma base depressiva inerente a sua personalidade.

Provavelmente esta disfunção tem uma função: solicitar ajuda relativamente estruturantes que comprometem a sua vida, particularmente e de relação com o mundo.

É uma pessoa muito frágil, insegura, tímida e passiva. A passividade vai de encontro com o que emergiu do contacto com ele, ele foi esquartejado afectivamente durante a sua vida, e pode estar a tentar reagir através do sintoma, que na função simbólica é um sinal de reacção a algo. Portanto é uma pessoa com uma falha e uma ferida narcísica grande.

Segundo Coimbra de Matos (2002), nas psicoses (funcionais), a que Freud chamou “neuroses narcísicas” – por oposição às “neuroses de transferência” (que actualmente chamamos apenas neuroses) – enfrentamos uma problemática que não é da ordem do conflito no sentido do conflito propriamente dito: o conflito interno resultante da formação do Supereu no declínio do complexo de Édipo. Problemas que passam, principalmente, ao nível do que Michael Balint designou por “zona do defeito fundamental” (o defeito fundamental, maior ou menor, mas inevitável em certa medida, é a carência proveniente da desproporção entre as necessidades primárias da criança e os cuidados que recebe).

É a este nível do defeito fundamental que se organiza a “ferida narcísica primária”, em torno da qual se concebe a posterior noção de falta ou insuficiência.

Sente-se a partir dos dados colhidos através do TAT uma violência afectiva associado as figuras parentais.

Subjacente a essa disfunção sexual (dificuldade de erecção e ejaculação precoce) sentimos um nucleo depressivo associado a conteúdos que sobressai nas respostas do teste projectivo, especialmente angustias de morte, abandono, solidão e de castração.

É de realçar que tem erecções e ejaculações durante o sono o que nos leva a descartar a hipótese de ter um problema do foro orgânico.

É de salientar que sempre resistiu em relação ao facto da namorada participar nas consultas, alegando sempre não ter disponibilidade, facto que é sentido como mecanismo defensivo.

O facto de ele vir as consultas pode traduzir o que foi referido na resposta da prancha 11 do TAT que o patrão não estava e os trabalhadores aproveitaram para “descançar”, pois, talvez as consultas poderão ter esta função, melhor dizendo um espaço onde poderá encontrar algum afecto, contenção e compreensão.

As angústias são terríficas que manifesta o sintoma pelo órgão fático onde o miúdo vivência a angústia de castração. É através da castração que o sujeito assume uma posição na ordem sexual e poderá na vida adulta desempenhar as suas funções sexuais.

Neste caso a ansiedade é como uma bola de neve, a ejaculação precoce provoca ansiedade e a ansiedade provoca a ejaculação e com a troca ou envolvimento com várias parceiras dificulta mais ainda o problema.

Segundo Pedro Nobre a ansiedade parece assumir uma função ambivalente; por um lado facilita a resposta sexual (sujeitos funcionais) por outro lado inibe-a (sujeitos disfuncionais).

2.8 - Hipótese de diagnóstico

Disfunção Sexual – Ejaculação Precoce

2.9 - Propostas de Intervenção

Tendo em conta a compreensão do caso propõe-se uma integração de psicoterapia psicodinâmica e terapia cognitivo comportamental.

A terapia psicodinâmica com o intuito de ajuda-lo na compreensão das suas experiências.

Terapia Cognitiva Comportamental com o objectivo de trabalhar as crenças que estão muito centradas na parte sexual, porque no fundo essas crenças não são tão claras.

Propõe-se uma reestruturação cognitiva com a finalidade de trabalhar a ansiedade. Ainda poderá ser feita devoluções explicando-lhe como alguns aspectos que pode gerar ansiedade numa relação de namoro.

3 – Apresentação do Caso 2

3.1- Instrumentos utilizados para estudo do caso

Para a elaboração deste estudo foram utilizados alguns instrumentos da avaliação psicológica disponíveis: a entrevista clínica, a observação directa no contexto da entrevista e as técnicas projectivas neste caso o H.T.P, C.A.T e o desenho.

H.T.P- (House - Tree - Person) é o teste de desenho da Casa – Árvore – Pessoa, idealizado por John N. Buck, em 1948. A técnica projectiva HTP, de acordo com Kolck (1975), tem por finalidade avaliar aspectos projectivos e expressivos da personalidade, reflectindo a maneira como o sujeito percebe o mundo, expressando vivências emocionais e ideias associadas ao desenvolvimento da personalidade, portanto, o desenho representa a maneira que o indivíduo percebe o seu meio, as pessoas e de como sente e se posiciona diante delas, isto é, indica a maneira peculiar de ser e sentir de uma pessoa.

O Desenho - O desenho como técnica projectiva reflecte uma impressão do “todo” individual como uma “Gestalt” organizada, que aparece, em toda a sua extensão, através de um olhar do examinador experimentado na técnica de interpretação do desenho, sem necessidade de muitos cálculos e pontuações, como é necessário, por exemplo, no teste de Rorschach. Tudo o que está no desenho, cada linha e parte em suas relações com as outras partes, o aspecto da composição como um todo apresenta um efeito unificado que ele, mais prontamente do que o interpretador do Rorschach, pode perceber em sua integração total. A projecção do desenho é apreendida pelo clínico como uma unidade (Campos, Dinah Martins de Souza, 33 ed., 2000).

CAT- A - é um teste projectivo constituído por dez placas com ilustrações de animais em várias situações. É para ser empregue a crianças de ambos os géneros; principalmente entre os três e os dez anos de idade quando o seu alcance atinge o máximo de utilidade. Tem como objectivo a investigação da personalidade estudando a dinâmica significativa das diferenças

individuais na percepção de estímulos padronizados. (Bellak, Leopoldo e Sonya Sorel – C.A.T. (A), Teste de Apercepção Infantil).

3.2- Fundamentação Teórica

3.2.1 – Depressão Infantil

“*Ninguém gosta de mim*” é um tipo de queixa comum entre crianças em idade escolar, que tendem a ter consciência das questões da popularidade; mas um sentimento prolongado da falta de amizade pode ser um sinal de **depressão infantil** – uma perturbação afectiva, ou perturbação de humor, que vai para além de uma tristeza normal, temporária. Outros sintomas podem incluir dificuldades em se divertir ou concentrar-se, fadiga, extrema actividade ou apatia, choro, problemas de sono, sentimento de que nada vale a pena, alterações do peso, queixas físicas e ideias frequentes sobre morte ou o suicídio. “ (Papalia, Olds & Feldman, 2001, p.495)

3.2.2 - Tristeza

Segundo Clerget (2001) se a tristeza se encontra instalada bem no fundo da depressão da criança, permanece lá bem escondida e, contrariamente ao adulto, raramente origina pedido de cuidados. Principalmente se essas crianças fazem parte de uma família onde tradicionalmente sobra pouco espaço para escutar os problemas de cada um onde a regra de que os adultos são também as vítimas, é a retenção dos sentimentos.

A tristeza raramente se exprime de maneira directa. A criança verdadeiramente deprimida não diz espontaneamente que está triste. Muitas vezes são necessárias várias consultas para que ela o reconheça. Por vezes, nega-o completamente. Esta fraca disposição para confidenciar a sua “disforia” (o seu humor triste) pode-se explicar por diferentes motivos que fazem parte integrante do humor depressivo: esta pode ser motivada por um comportamento de evitamento da relação, que se encontra num bom número de crianças tocadas pela depressão.

Um outro destes motivos é a instalação de uma forma de desconfiança em certas crianças durante uma síndrome depressiva. A criança pode chegar ao ponto de perder a confiança nos

pais. Por outro lado, muitas vezes a criança deprimida sente-se abandonada e não se interessa pelos outros. Para que, então, expandir-se junto dos outros? Em relação aos pais, a criança pode viver o seu mal-estar com sentimento de culpa: desejando não dar uma imagem negativa de si mesma, ela prefere, como por delicadeza, calar-se ou mostrar uma falsa alegria. Finalmente o último motivo que limita a procura de ajuda consiste num desconhecimento da vivência depressiva. São sentimentos novos para a criança, nunca antes sentidos e dificilmente verbalizáveis.

Esta tristeza liga-se ao seu ar ausente e ao seu rosto muitas vezes sério, pouco animado, inexpressivo, correndo lágrimas motivadas por ninharias, quando não são abafadas.

Geralmente, a criança não é de pedir auxílio, mas acontece, sobretudo nos mais novos que se encontram em busca de afecto incessante e desorganizada, que por outro lado conduz frequentemente a uma recusa dos que a rodeiam.

3.2.3 - Sono

Segundo Clerget é raro a depressão não estar acompanhada de problemas de sono, seja qual for a idade da pessoa a que diz respeito. Estes problemas tem origem no mecanismo da depressão propriamente dita, assim como na ausência que lhe esta muitas vezes associada.

As alterações do sono são frequentes entre os dezoito meses e os seis anos, devido à intensa actividade psíquica e as numerosas manipulações psicológicas ao longo deste período. O seu carácter patológico ou não depende da sua frequência, da sua intensidade, e da sua associação a outras perturbações. No período do aleitamento, estas perturbações são muito mais raras; e por isso que a sua persistência ou seu aparecimento para lá dos seis anos devem sempre ser consideradas com atenção. À aproximação da puberdade, as novas alterações psicológicas e biológicas dão actualidade a estes sintomas.

Os pesadelos na criança deprimida são mais frequentes do que numa fase normal. Surgem, não só no princípio da noite, mas também no fim (período normalmente consagrado aos sonhos agradáveis) por vezes, fazendo acordar a criança, que pode procurar refúgio na cama dos pais.

A manutenção do sono pode ser perturbado e sonhos inesperados no meio da noite contribuem para despertares matinais precoces.

Mais impressionantes são os terrores nocturnos. Surgem habitualmente pelos três ou quatro anos, no início do aparecimento do complexo de Édipo, mas também podem reaparecer na criança mais velha com depressão. Trate-se de angústias demasiado vivas para poderem ser representadas, encenadas, convertidas em imagens num sonho-pesadelo normal. A criança, então senta-se bruscamente na cama, grita, chora, respira aceleradamente, transpira, o coração a bater apressadamente e o olhar alucinado, apossado pelo terror. Pode balbuciar algumas palavras, fazer uns gestos como se defendesse de perigos imaginários. Os pais não o conseguem acalmar; não os reconhece! Ao fim de uns minutos a crise interrompe-se e a criança torna a adormecer. Ao despertar, não guarda qualquer recordação do episódio.

3.2.4 - As dificuldades escolares

Ainda segundo Clerget é principalmente por causa das dificuldades escolares que os pais levam os filhos ao pedopsiquiatra. O professor alertou-os para um decréscimo dos resultados escolares ou para uma mudança de comportamento.

Os problemas escolares são habituais na criança deprimida. Manifestam-se através dos vários sintomas da doença depressiva: a ansiedade, o desinteresse, as dificuldades da concentração intelectual e os problemas de comportamento.

O desinteresse por tudo, a indiferença generalizada que sente a criança deprimida, contamina igualmente o aspecto escolar. A criança perde o dinamismo e deixa de se sentir motivada. É ainda mais notório na criança que poderia ser bom aluno e ter prazer nos trabalhos escolares. O desinteresse manifesta-se por uma menor participação nas aulas: a criança nunca mais levanta a mão, nem se candidata mais às actividades escolares, está cada vez menos atenta às aulas, não aprende as lições e os seus apontamentos ou os seus trabalhos são cada vez mais descuidados; esquece-se dos trabalhos de casa e, finalmente, não tem nada para responder quando se lhe faz a pergunta habitual: “O que fizeste hoje na escola?”

As dificuldades de concentração e o entrave do curso do pensamento ligados a um abrandamento psíquico, provocam um evitamento das tarefas escolares, ou seja, uma recusa de trabalhar: “Não compreendo”, “É muito difícil”. A criança não consegue manter-se atenta em relação ao que ela vive como uma prova. O seu espírito vagabundeia ou funciona em vazio. Descrevem-no como um “sonhador”. O raciocínio é lento; a memória falha-lhe; a imaginação seca; cansa-se depressa e o discurso espontâneo empobrece-se. Por vezes, pelo contrário, a criança obstina-se e passa muito tempo com o trabalho, prejudicando o sono sem nada aprender nem reter. Certas desvantagens prejudicam a aprendizagem escolar. Refira-se um atraso ou uma anomalia da fala, a dislexia (problemas de leitura), a disgrafia (problemas da escrita), a discalculia (problemas com que dificultam o cálculo) ou a dispráxia (problemas que se manifestam por um grande falta de habilidade). Se estão presentes durante uma depressão, podem-se agravar. Se não existiam ou se tinham desaparecido antes do episódio depressivo, podem surgir ou reaparecer nesta altura e participar no conflito escolar.

3.3 – Identificação do Paciente

Nome: V. D.

Idade: 8 Anos

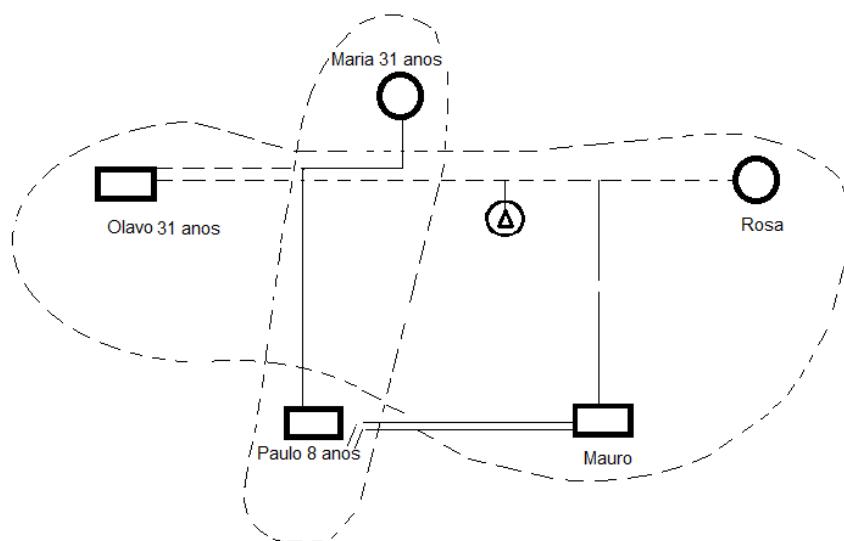
Sexo: Masculino

Residência: Ribeira Bote

Agregado Familiar: Mãe, tias e os primos.

Habilitações Literárias: 2ª Classe

3.4 - Genograma familiar



3.5 - Motivo de Consulta

O V.D. apresentava dificuldades de aprendizagem, terrores nocturnos e choro desmotivado.

3.6 - Entrevista de pais

Veio a mãe a entrevista. Ela alega ter sido alertada pela professora do V.D no sentido de pedir ajuda psicológica devido as dificuldades de aprendizagem que ele tem vindo a apresentar. Ao falar dos problemas do “V” a mãe pôs-se a chorar. Parece ser uma mãe preocupada mas não afectiva, ao chegar na sala de espera ela sentava numa cadeira e o filho numa outra cadeira afastada da cadeira dela, por vezes a criança ficava no quintal do hospital enquanto aguardava a consulta.

Ela tenta ajudar o “V” nos deveres escolares, alega que por vezes sai de casa para ir trabalhar o “V” ficava em casa mas por vezes saía para brincar e ficava o tempo todo na rua.

3.7 – História Pessoal e Familiar

O V. D é o primeiro filho de ambos os pais. Sendo filho único da mãe e tendo mais dois irmãos do lado paterno.

O pai tem 31 anos de idade estudou até o 11º ano de escolaridade, é balconista de bar. Vive numa outra ilha com outra mulher com a qual tem mais dois filhos.

A mãe também tem 31 anos de idade, com 6ª classe de escolaridade, profissão doméstica.

Segundo ela a gravidez não foi planeada embora desejada, a gestação foi normal, embora salientando que teve uma alergia de pele. O parto a termo, foi normal sem nenhum tipo de problema, embora ter tido hipertensão no momento do parto.

Quanto a alimentação amamentou a peito, não se recorda a mãe a idade do desmame, não usou mamadeira enquanto bebé, posteriormente ao desmame foi-lhe introduzido uma alimentação mais sólida, papa e leite.

Enquanto bebé o V.D. teve uma infeção no ouvido mas a mãe não consegue precisar a idade, e aos 6 meses de idade ele teve princípio de bronquite, e nessa altura teve dificuldades no sono quer diurno quer noturno, pois, chorava muito. Ao um ano de idade sofreu uma queda de onde resultou um ferimento na cabeça, posteriormente sofre uma infeção no nariz da qual foi submetido a uma cirurgia. E desde os 7 anos de idade sofre de hemorroide aguardando cirurgia.

Aos 11 meses de idade deu os primeiros passos. Relativamente a aquisição da linguagem emitiu as primeiras palavras aos 11 meses de idade, embora salienta a mãe que o “V” gagueja. No que diz respeito ao controlo esfíncteriano a mãe diz que o controle uretral diurno ocorreu por volta de 1 ano e 2 meses e por volta dos 2 anos faz o controlo anal, no entanto a mãe acordava-o para usar o bacio durante a noite.

Aos 4 anos de idade o “V” frequentou o jardim infantil onde fez boa adaptação. Na primeira classe fez boa adaptação, enquanto na segunda classe teve alguns problemas relativamente com os números como também com parte de letras. A mãe referiu que a professora tem-lhe dito que o “V” tem dificuldades de memorização e de fixação.

Segundo a mãe tem uma boa relação com o filho. Ela salienta ainda que o “V” tem boas relações com os outros membros da família, diz que é uma criança calma mas quando alguém o incomoda fica “chato”.

Os pais separaram-se aos 2 anos de idade do “V”, pela primeira vez por ele ter-se envolvido com outra mulher, voltaram-se a reconciliar-se no momento em que o “V” ia ser submetido a uma cirurgia. Aos 5 anos de idade do “V” os pais voltaram-se a separar-se novamente devido ao envolvimento do pai com tráfico de drogas, na qual foi preso.

Segundo a mãe quando o pai do “V” vem a S. Vicente brinca com ele, jogam a bola e leva-o a praia.

3.8 - Consulta de Observação

O paciente foi-me passado por uma psicóloga do serviço de saúde mental sendo que ela ia de férias no dia seguinte, não tinha disponibilidade para dar continuidade a avaliação e intervenção do caso com este paciente. Na presença do paciente e da mãe, ela, disse-lhes que ia de férias e não havendo disponibilidade para o atender ia passar a consulta para mim.

Afastando-se a técnica, deixando-me a sós com o paciente e com a mãe. Tendo em conta que já encontrei os dois (mãe e filho) na sala, e sendo que havia disponível uma única cadeira, a mãe tinha o “V” no colo. Ao questiona-lo não responde, de dedos na boca evita o contacto visual. A mãe foi adiantando o motivo da consulta e outros aspetos relacionados. Com ar tímido e inseguro a criança veio as consultas sempre acompanhado da mãe, e trazia vestido sempre um short uma t-shirt, uma bata de cor azul, e calçado uma sandália.

1ª Entrevista

Na primeira sessão o V.D. não quis responder a nenhuma das questões que lhe fiz. A criança com olhar triste, de dedos na boca e o tempo todo no colo da mãe, ela foi respondendo questões sobre a gravidez e sobre o menino enquanto bebê

2ª Entrevista

Com ar pensativo e com as mãos no queixo prontificou-se a falar, respondendo as questões que lhe eram feitas. Ao perguntar-lhe sobre a relação com os pais responde dizendo ter boas relações com ambos. Quanto a relação entre os pais, diz que âmbos têm bom relacionamento um com o outro, na sequência disto perguntei-lhe como é o relacionamento com os outros membros da família responde dizendo que não gosta quando o tio lhe obriga a lavar os pratos e muitas vezes os familiares lhe chamem de burro por causa do seu desempenho escolar, acrescenta que acha que é mesmo burro. Quanto a relação com outras crianças diz não ter amigos porque briga quanto jogam a bola. Ainda nesta sessão pedi-lhe que fizesse um desenho da sua família e outro da família que gostaria de ter, ao terminar os desenhos pedi-lhe que contasse uma história de cada um dos desenhos. Nos dois desenhos diz que brinca com os amigos, ressaltando que no desenho da sua família a tia está carregando água.

3ª Entrevista

Com o decorrer da terceira entrevista o V.D encontrava-se mais solto com ar mais animado. Ao remeter-lhe para a queixa portanto os terrores nocturnos e o choro espontâneo na sala de aula responde que se tem sentido bem, pois não tinha tido mais esses sonhos e não havia chorado mais na sala de aula. Nesta sessão pedi-lhe que fizesse o desenho (HTP). Colocando a folha ora na vertical ora na horizontal iniciou o desenho. Ao que primeiramente desenhou a casa ao centro da folha que diz ser de uma vizinha da qual considera ser uma avó porque ela gosta dele e que tem bom relacionamento com os filhos; seguidamente desenhou a árvore bem pequena ao lado da casa e que segundo ele é viva, frutífera da qual as frutas são doce e servem para fazer água tambarina e por último desenho uma pessoa bem pequenina a frente da casa que diz ser ele.

No final da sessão ao remeter-lhe para a marcação de uma nova sessão perguntou-me o que íamos fazer, devolvi-lhe que sugerisse o que fazer (desenhos, brincar, histórias) da qual ele preferiu contar histórias; aproveitei então para aplicar-lhe o CAT-A.

CAT-A

Foi necessário a aplicação do teste projectiva CAT-A com o intuito de obter mais dados da sua personalidade com as projecções. Com as pernas trémulas, um tom de voz baixo, ora sentava-se ora colocava-se de pé mostrando uma certa inquietude e com dificuldades em concentrar-se foi contando as histórias com a apresentação das pranchas. Histórias curtas e sem seguir uma sequência na narração, no final de cada história dizia sempre “já ne mas”.

4ª Entrevista

Com o decorrer das sessões o V.D apresentava cada vez mais a vontade, mais comunicativo e com mais vivacidade. Nesta sessão a mãe trouxe as provas que a criança tinha elaborado na escola e com resultados baixíssimos, então sugeri-lhe que voltasse a elaborar a prova de matemática contando com a minha ajuda. Com a mão no queixo desviava sempre o olhar e nunca encarava-me iniciou o exercício, nunca escrevendo o número certo e utilizando sempre a borracha dando impressão de nunca ter ouvido falar nesses números foi fazendo o teste. Tornando assim um pouco difícil ajuda-lo na elaboração do teste.

Teste Exclusão de Objectos

Tendo em conta as dificuldades queixada e mostrada nas sessões anteriores foi necessário aplicar-lhe o teste exclusão de objectos para avaliar a cognição. Sempre com os dedos na boca não passava muito tempo para responder ao apresentar-lhe a prancha. Errando algumas pranchas, não sabendo o tema de outras argumentava sempre dando uma resposta, não deixou de responder a nenhuma.

3.9- Desenho

O desenho dá-nos o estado emocional da criança, as atitudes, os medos, dúvidas e características da personalidade e sinais de alerta. A cor usada no desenho é um indicador do estado emocional da criança, dão pistas sobre o bem-estar delas e podem revelar algo que esta a afectar, é uma forma de trazer as emoções para fora.

3.9.1 – Interpretação do Desenho da Família Real (Anexo 3.1.1)

Ao pedir-lhe que fizesse um desenho ele pegou logo do lápis e do papel para iniciar o desenho, fez um grupo de indivíduos da qual diz ter desenhado em primeiro lugar a tia, a prima, o pai, ele próprio, a irmã e por último um amigo. Por ter desenhado em primeiro lugar a tia com uma lata de água na cabeça em que essa lata parece ser uma coroa que simboliza poder, assim projetada como sendo a figura de autoridade. Alguns membros da família são desenhados sem mãos que transmite-me a ideia de ausência de relação e de afecto. Diz ter esquecido de desenhar a mãe o que entendi que seja uma mãe presente fisicamente mas ausente emocionalmente, pode ser que não reconhece a mãe como sendo membro da família. O pai e a irmã são idealizados porque não fazem parte da família real, o que pode traduzir também um sentimento de acolhimento por parte dos membros que não fazem parte da sua família real. O desenho foi feito com traço forte que traduz no medo, insegurança, agressividade; e utilizou somente uma cor no desenho a cor cinzento que quer dizer disforia, tristeza, insatisfação. Desenhou o amigo que ficou parecendo um cãozinho. Os laços entre ele e os pais parecem frágeis porque não sentimos relação de afectividade entre eles no desenho. Todos os membros dessa família foram desenhados vestidos roupas de mulher até mesmo o pai. As personagens são tristes, com braços compridos que mostra agressividade que também é mostrada no traço do desenho. Projeta-se no seio familiar mas não evidencia-se um relacionamento de afecto forte.

3.9.2 - Desenho da Família Imaginaria (Anexo 3.1.2)

No desenho da família imaginaria fez somente os amigos. Nesse desenho projetou o desejo de ter os amigos por perto (mais próximo). Mostra uma certa ambivalência na relação com os amigos em que na entrevista refere que um dos amigos não é amigo dele mas sim colega de escola e que por vezes brigam, um outro vive numa cidade diferente e os outros dois vive em zonas diferentes da dele. Pode ser que busca nesse grupo afecto ou acolhimento que não encontra no seio familiar, ou ainda poderá ser o grupo onde ele sente mais acolhido; apesar das figuras estarem sem as partes que traduzem o contacto com o outro (as mãos). Neste desenho fez somente figuras masculinas que pode traduzir uma demanda afectiva de uma figura paterna.

3.9.3 – Interpretação do desenho livre (Anexo 3.1.3)

O V.D. fez dois desenhos, na qual num dos desenhos fez uma casa, uma árvore, o sol, um carro e ele próprio; no outro desenho fez um carro, uma moto e ele próprio. No primeiro desenho a porta da casa aparenta estar aberta o que simboliza necessidade interna de receber apoio emocional do exterior, as janelas desenhadas junto ao teto que significa problema somático, que o individuo não tem por onde fugir. A casa é desenhada com uma árvore ao lado transmitindo a falta de segurança o que vai de encontro com o relacionamento familiar. A presença do sol que representa a figura paterna é desenhada pequena, insignificativo e de cor preta sem vida e não transmite calor do afecto paternal. Ao fazer um dos desenhos utilizava um lápis de cor preto carregava-o com tanta força que chegou a partir a ponta do lápis, pegou uma outra cor também escura (lilás) para terminar o desenho. Segundo Dinah Martins Campos, (cit) no livro o teste do desenho como instrumento de diagnóstico de personalidade a cor negra quer dizer sentimento de morte, odio, negativismo absoluto, se usado sozinho, tristeza, medo. Esses desenhos são bastantes tristes e vazios.

3.10 - Interpretação HTP (Anexo 3.2)

No HTP, os laços entre ele e os pais não são visíveis não sentimos a presença desses membros que são os familiares mais próximos. A árvore não tem suporte, parece uma árvore nua, oca que leva-me a entender ser uma criança sem suporte e insegura, ele sente um pouco de afecto de pessoas que não são familiares dele. A árvore é uma árvore frutífera que indica utilidade. No desenho da casa vê-se que as paredes são transparentes o que nos indica que é uma criança um pouco imatura.

3.11 - Interpretação do CAT Animal. (Anexo 3.3)

Ao lhe apresentar o teste prontifica-se logo para contar as histórias, faz algum tempo de latência quer entre as histórias quer intra frases, a linguagem é pouco fluente, o vocabulário não é rico limitando-se a dizer o que está vendo nas pranchas as histórias são descritivas.

Parte manifesto: mostra ser uma criança tímida. Na sua relação com a figura materna não senti uma ligação afectiva forte, mostrando uma certa insegurança.

Parte latente: demonstra carência de afectividade por parte da figura paterna, no entanto mostra que a mãe é uma figura protectora que lhe dá atenção, cuidados e afecto.

Não idealiza uma família, apenas limita-se a falar da família real e das relações que mantinha com pessoas que não pertenciam a família real. Identifica-se com figuras frágeis e carentes afectivamente.

Necessita da afectividade da figura paterna presente na prancha (3 mas sem autoridade). A figura materna está representada como a mais afectiva, quanto à prestação de cuidados satisfaz as suas necessidades básicas.

Não demonstra angústias, mas, uma certa preocupação com a figura paterna e por vezes algum conflito.

O complexo de Édipo mal elaborado, pois se identifica com a figura materna que é a figura que sempre esteve presente na sua vida.

Realidade interna e externa das idealizações: quanto a realidade interna a relação com a sua família parece ser uma relação distante, o pai é a figura completamente ausente e quando surge gera conflito (entre ele e o pai). Quanto a realidade externa mostra não se importar com a afectividade familiar e que o que lhe interessa é a ligação que tem com a figura materna. A mãe e o pai têm uma boa relação e isso lhe poderá trazer algum conforto. A figura materna é a figura presente e a figura paterna é a mais ausente.

3.12 - Interpretação do Teste da Exclusão de Objeto (Anexo 3.4)

Sendo que esse teste não possui uma pontuação para que possamos dizer a pontuação que V.D. obteve, analisamos o teste de acordo a alguns constructos, como a argumentação das respostas dada pela criança. Há uma pobreza no vocabulário o que pode traduzir num meio social pouco estimulante. A nível da argumentação é muito fraco o que se possa dizer que a nível da aprendizagem é mais baixo que o normal porque alunos do 2º ano devem saber argumentar esse teste porque são conteúdos do 2º ano. O raciocínio lógico é um pouco fraco. O nível de conhecimento em termos da escolaridade está um pouco baixo. Pode ser um pouco impulsivo por ter terminado de responder ao teste em pouco tempo e para diminuir essa impulsividade há que melhorar a memória, a atenção e a concentração que o pode ter levado a responder às questões de imediato. Na prancha quinze ele respondeu que sai a indiferença que pode ser o que ele sente no seu meio social.

3.13 - Compreensão do caso

O V.D. teve um desenvolvimento sem qualquer dificuldade até os 5 anos. No entanto enquanto bebe teve algumas dificuldades a nível orgânico teve uma infecção no ouvido, com 6 meses de idade teve bronquite ao mesmo tempo teve dificuldades em dormir, com um ano sofreu uma queda que resultou num ferimento na cabeça. O choro alegado pela mãe sem qualquer motivo poderá estar relacionado com as atribuições que os outros lhe fazem de si no que diz respeito ao seu desempenho escolar é chamado de burro, o que aponta para uma baixa estima e a um auto conceito negativo.

A expectativa e a imagem que os outros lhe transmite principalmente no desempenho escolar está afectado pelas auto atribuições negativas de incompetência ligados a sentimentos de vergonha, dúvidas e também de insegurança (auto conceito destorcido).

Por outro lado, através das entrevistas e do CAT-A demonstra uma ausência física e emotiva da figura paternal, com um relacionamento conflituosa entre ambos.

Na idade em que a relação afectiva com o pai é essencial dos 2 aos 6 anos os pais separam-se por duas vezes, a criança encontrava-se na fase familiar espoletando uma não relação afectiva com ele. Através do vínculo afectivo que a criança desenvolve maturacionalmente sadio.

Segundo Coimbra de Matos (2002), o pai na relação narcísica e primária, não é só esse representante do real; é também o sustentáculo do narcisismo da mãe. A figura materna é idealizada, uma mãe funcional. Nos desenhos a mãe não aparece mostrando ausência ou carência de afecto, nas histórias das pranchas do CAT essa figura satisfaz as necessidades básicas como dar-lhe de comer, dar-lhe banho.

Com protecção que a mãe deve proporcionar ao seu filho não tem apenas implicações fisiológicas para garantir a sobrevivência, é necessário o amor para que a criança possa integrar os estímulos como a representação de si mesmo que leva-o a adquirir um Ego Sadio. O Édipo tem um papel importantíssimo na formação do Eu e do Supereu. Freud definiu o Complexo de Édipo como o conflito nuclear das neuroses, o “nó” do problema, o centro do existir humano. (Coimbra de Matos, 2002, p150).

3.14 – Hipótese de diagnóstico

Depressão Infantil, entendido através dos instrumentos utilizados para a avaliação do paciente.

3.15 – Propostas de intervenção

Com os dados obtidos no processo de avaliação propõe-se sessões de psicoterapia. Uma abordagem com encontros regulares através de psicoterapia com a criança e sessões de orientação aos pais, no sentido de apoiarem a criança.

Psicoterapia Individual feita através da ludoterapia e do psicodrama para apoiar a criança em suas dificuldades. Tendo em conta as alterações cognitivas como (o deficit de atenção, concentração e memória), também as alterações de autoavaliação (falta de autoestima).

Na ludoterapia através do brincar e de jogos a criança vai libertar os seus sentimentos e problemas, também libere a frustração, a insegurança e o medo, fazendo com que ele sinta confiança em si mesmo.

Terceira Parte

Reflexão Pessoal

Durante o meu estágio senti-me integrada, no entanto não livre de dificuldades. Penso que são naturais durante um processo complexo como é o de estágio, que porem foram ultrapassados ao longo do mesmo processo.

É de realçar também que os meus primeiros contatos com os pacientes foram vividos com muita angústia.

Sinto que ainda tenho muito para aprender para poder ser um bom profissional de psicologia, e espero com esta base e posteriormente com a procura activa de adquirir mais conhecimentos nesta materia, e mais ferramentas para alcançar este ideal.

Conclusão

Durante o período de estágio tive a desenvolver uma atitude cada vez mais profissional. Durante esse processo de estágio fui idealizado a cada dia o meu próprio desempenho enquanto profissional e também senti o peso da responsabilidade na qual estarei disposta e com muito desejo em corresponder. Sei que essa responsabilidade vai exigir a cada dia mais um pouco de mim, e para que as minhas expectativas futuras sejam confirmadas tenho muito trabalho, estudo e dedicação a cada dia que passa. Não segui uma perspectiva, pois, cada caso é um caso e também os indivíduos são seres muito complexos que nem no mesmo caso seguimos uma mesma perspectiva. Durante este período consciencializei de que o psicólogo para fazer uma avaliação até chegar a intervenção necessita não só do conhecimento teórico como também de saber estar com o paciente de forma a criar uma relação empática sólida, na qual a partir desta relação o paciente sente mais confiante na exposição dos seus problemas.

Para sentir mais preparada para ajudar os meus pacientes tenho de ter o ouvido a escuta dos seus sofrimentos, suas angústias, seus conflitos e sentimentos de dor. Na medida em que fui participando daquilo que está sendo relatado pelo paciente senti mais próximo, mais envolvido e consciente das suas problemáticas, e senti mais “capacitada” para ajuda-los. Com todas as actividades feitas durante o período de estágio é notório ainda uma grande caminhada para frente, tenho muito para aprender para poder dar respostas, e fazer uma melhor compreensibilidade dos casos que ainda posso vir a atender.

Referências Bibliográficas

- Belak, L.&Sorel, S. C.A.T.- A. *Teste de Aperceção Infantil*. São Paulo: Editora Mestre Jou.
- Bergeret, J. (1983). *Psicologia Patológica*, 3ª Edição, trad. Washigton Loyello, São Paulo, Editora Masson do Brasil,
- Campos, D. Martins de Souza (2000). *O Teste do Desenho como Instrumento de Diagnostico Da Personalidade* (33 ed.). Editora Vozes
- Clerget, S. (2001). Não estejas triste meu filho- trad.
- Gillan, P. &Gillan, R. – *A Terapia Sexual*- Edições 70
- Leal, I. (2005). *Iniciação às Psicoterapias*. Lisboa, 1ª Edição, Fim de Século.
- Matos, C. (2002). *O Desespero*, Lisboa, 1ª Edição, Climepsi Editores.
- Nobre, P. (2006) –*Disfunções Sexuais*. Lisboa: Climepsi
- Papalia, D. E. Olds, S. W. & Feldman, R.D. (2001). *O Mundo da Criança*. 8º Edição. Lisboa: Mc Graw Hill.
- Rabasquinho, C. & Pereira, H., *Epidemiologia da Saúde Mental*- Placebo Editora.
- Shentoub, V. (1999) *Manual de utilização do TAT*. Lisboa: Climepsi

Webgrafia

- www.saudesexual.med.br
- <http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n1/19832.pdf&sa=X&scisig=AAGBfm3woRV36aCQRj7XS-RFEPRa0OTMjg&oi=scholar>
- <https://pt.m.wikipedia.org/wiki/ludoterapia>

- Marcelo Tavares- <https://kratspsique.files.wordpress.com/2012/11/cunhacap5.pdf>

ANEXOS

Índice Anexo

Anexo 1: Organigrama

1.1 – Organigrama do Hospital Dr. Baptista de Sousa

Anexo 2: Testes aplicados no caso 1

2.1 – Respostas do teste projetivo T.A.T.

Anexo 3: Testes aplicados no caso 2

3.1 – Desenhos

3.1.1 – Desenho Família Real

3.1.2 – Desenho Família Imaginária

3.1.3 – Desenho Livre

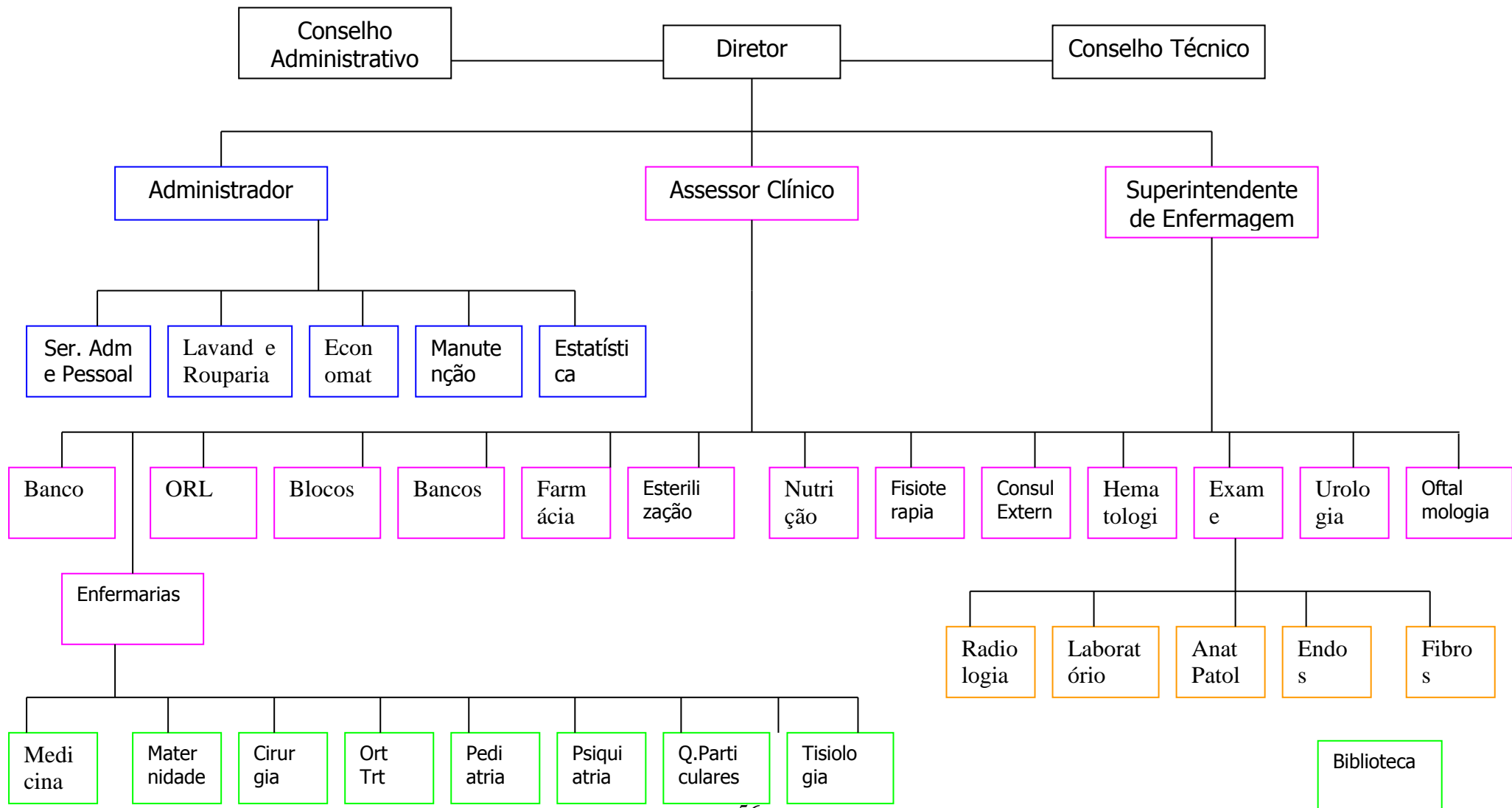
3.2 – Desenho HTP

3.3 – Respostas do teste projetivo C.A.T animal

3.4 – Teste Exclusão de Objectos

Anexo 1 – Organigrama do Hospital HBS

ORGANIGRAMA DO HOSPITAL DR. BAPTISTA DE SOUSA



Anexos 2 – Resultados das Técnicas Utilizadas- Caso1

2.1.1 - Respostas obtidas no TAT

T.A.T.

Identificação

Nome: D dos Santos

Idade: 22 Anos

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Agregado Familiar: Mãe, 2 Irmãos

Habilitações Literárias: 12º Ano

1 –o rapaz está com a cara na viola a pensar o que vai fazer.Porque talvez ele não tinha hábito de utilizar aquele instrumento, e também pensava numa música que queria cantar. Já não tenho nada a dizer sobre esta prancha

Prancha 2 BF –o senhor está indo para o trabalho e a senhora no lado direito esta a pensar o que vai fazer hoje, e o rapaz está a soltar o cavalo que talvez esta a puxar uma carroça. Já não tenho a dizer sobre esta imagem.

Prancha 3BM –..... é uma pessoa a chorar.Talvez fizeram-lhe algo e esta a chorar, é tudo o que estou a ver na prancha. Já não tenho nada a dizer.

Prancha 4 –um casal que estava a discutir o marido está chateado e quer afastar da mulher, e a mulher está a agarrá-lo não deixando-o ir..... Já não tenho nada a dizer.

Prancha 5 –Parece uma pessoa a chegar numa casa desconhecido e a entrar sem bater a porta ou talvez tinha batido e ninguém a respondeu foi logo entrando. Já não tenho nada a dizer.

Prancha 6BM –o Senhor esta pedindo desculpas por algo errado que tinha feito, e a senhora não o quer perdoar, não sabia..... Já não tenho nada a dizer.

Prancha 7 BM–parece ser dois vândalos a pensar no próximo ataque a ser feito,..... devem ter feito algo que não deu certo e estão a pensar um novo plano. Já não tenho nada a dizer.

Prancha 8BM –uma pessoa a esquartejar uma outra pessoa,..... podia ser a mando da senhora que esta a frente quem mandou esquarteja-la e é isso que vejo no desenho. Já não tenho nada a dizer.

Prancha 9 –parece alguém a ser atacado por alguém mas ele está a tentar reagir. Já não tenho nada a dizer.

Prancha 10 –..... A senhora a frente esta a imaginar a senhora que está a trás ou então está vendo medo. Já não tenho nada a dizer.

Prancha 11–parece uns trabalhadores e como o patrão não estava aproveitaram para descansar um pouco..... Já não tenho nada a dizer.

Prancha 12 –a senhora esta a bater na outra, a senhora parece bater a outra num corrimão de uma escada..... Já não tenho a dizer.

Prancha 13BM – um rapaz solitário o rapaz parecia ter vontade de ir brincar e não o deixavam..... ou também está solitário porque tem fome sem nada que comer. Já não tenho nada a dizer.

Prancha 13MF –Parece uma pessoa doente, ou estava doente e já morreu e a outra pessoa está a abençoar-lhe. Já não tenho nada a dizer.

Prancha 14 –..... Parece que esta a chorar porque perdeu um parente, um parente próximo. Já não tenho nada a dizer.

Prancha 15–..... Parece um quadro de uma pessoa no cemitério e estava pedindo perdão, a pessoa já estava morta. Já não tenho nada a dizer.

Prancha 19 –..... Parece-me ser imagem de algum sítio,..... ou parece um quadro. Já não tenho nada a dizer.

Prancha 16 Branco –uma folha branco,Uma folha sem nada.

Anexos 3 – Resultados das Técnicas Utilizadas - Caso 2

3.1 – Desenho da família real

3.2 – Desenho da família imaginaria

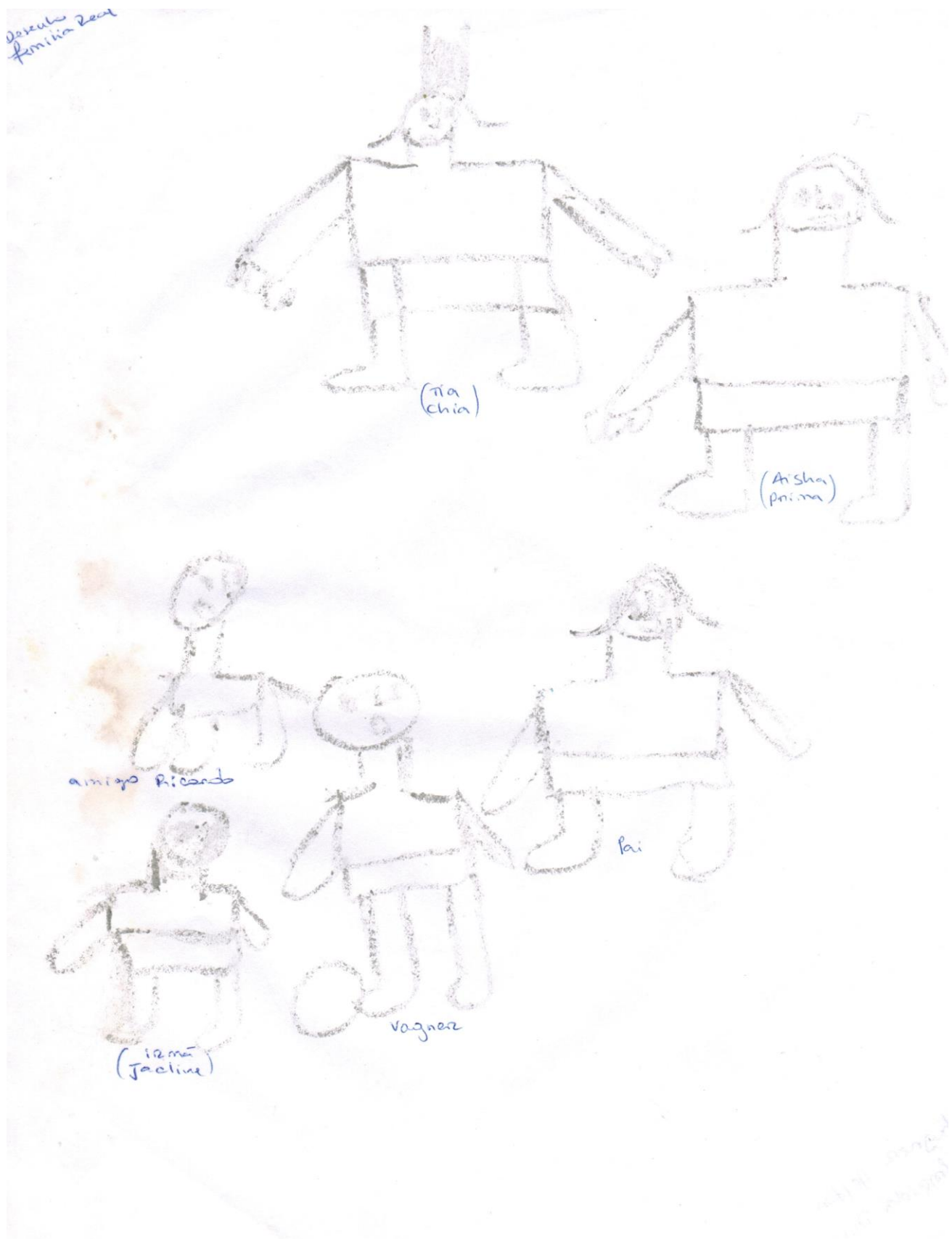
3.3 – Desenho livre

3.4 – Desenho HTP

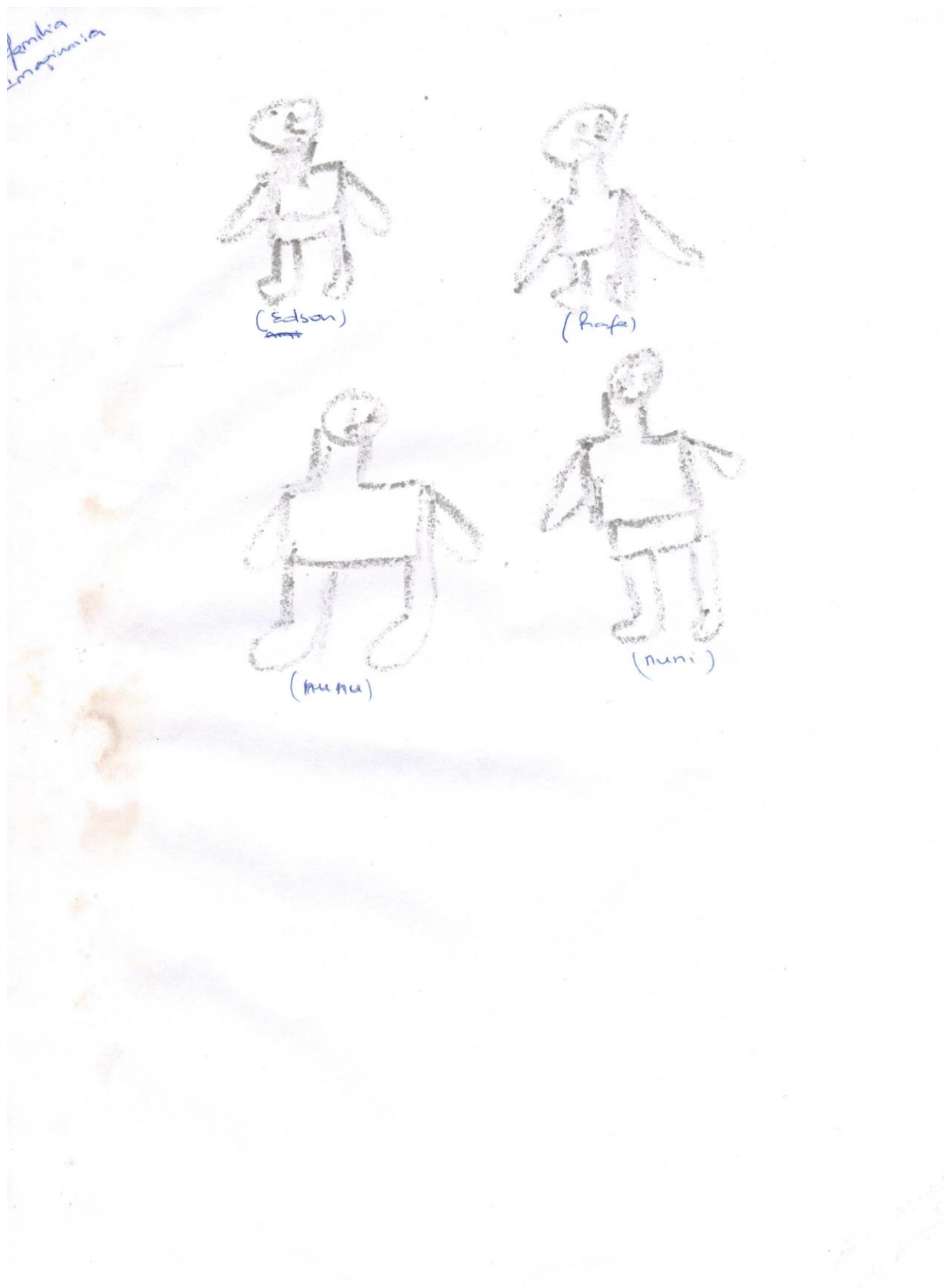
3.5 – Respostas obtidas no CAT-A

3.6 – Respostas obtidas no teste Exclusão de Objectos

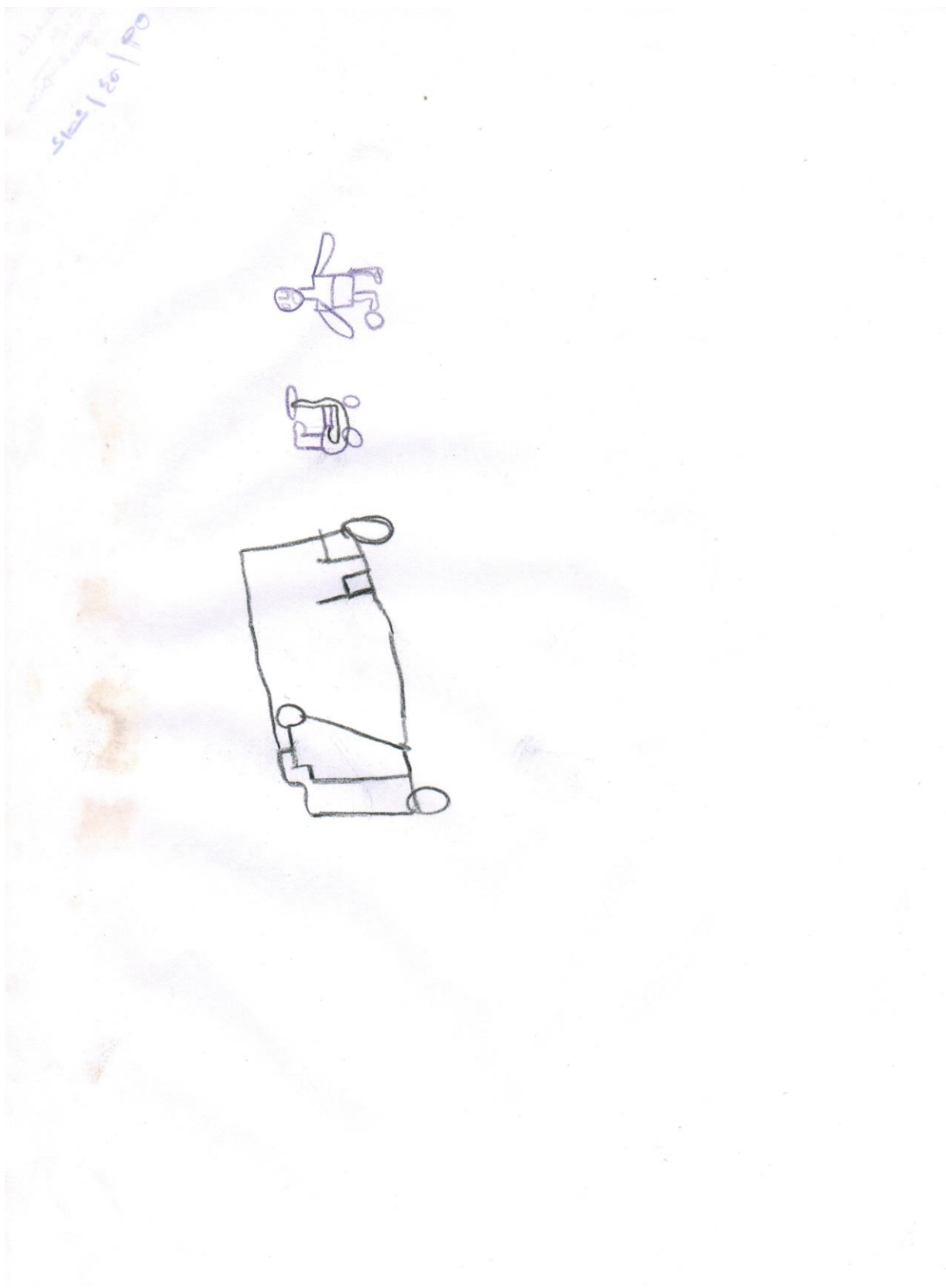
3.1 - Desenho Família Real

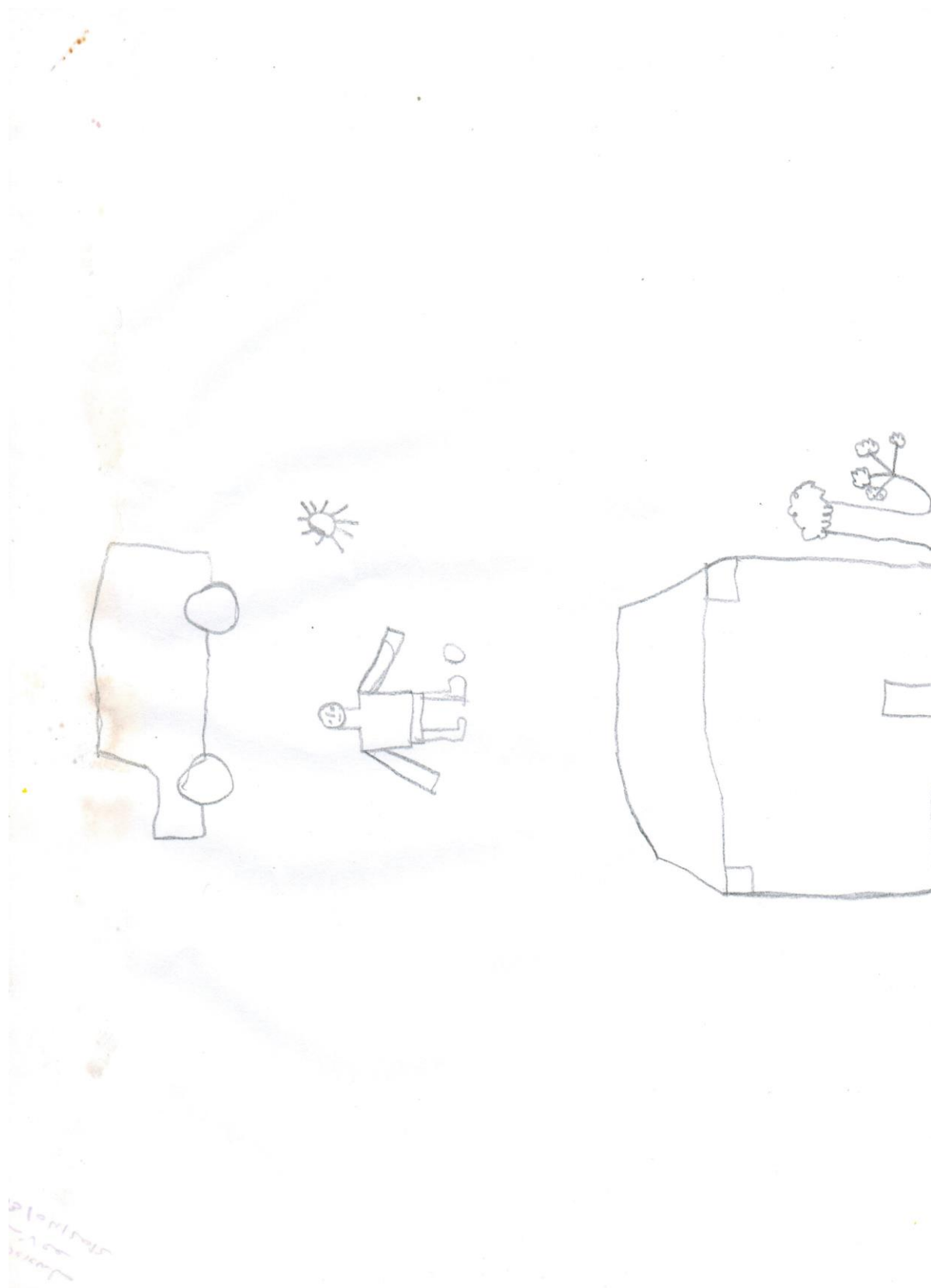


3.2 - Desenho Família Imaginária

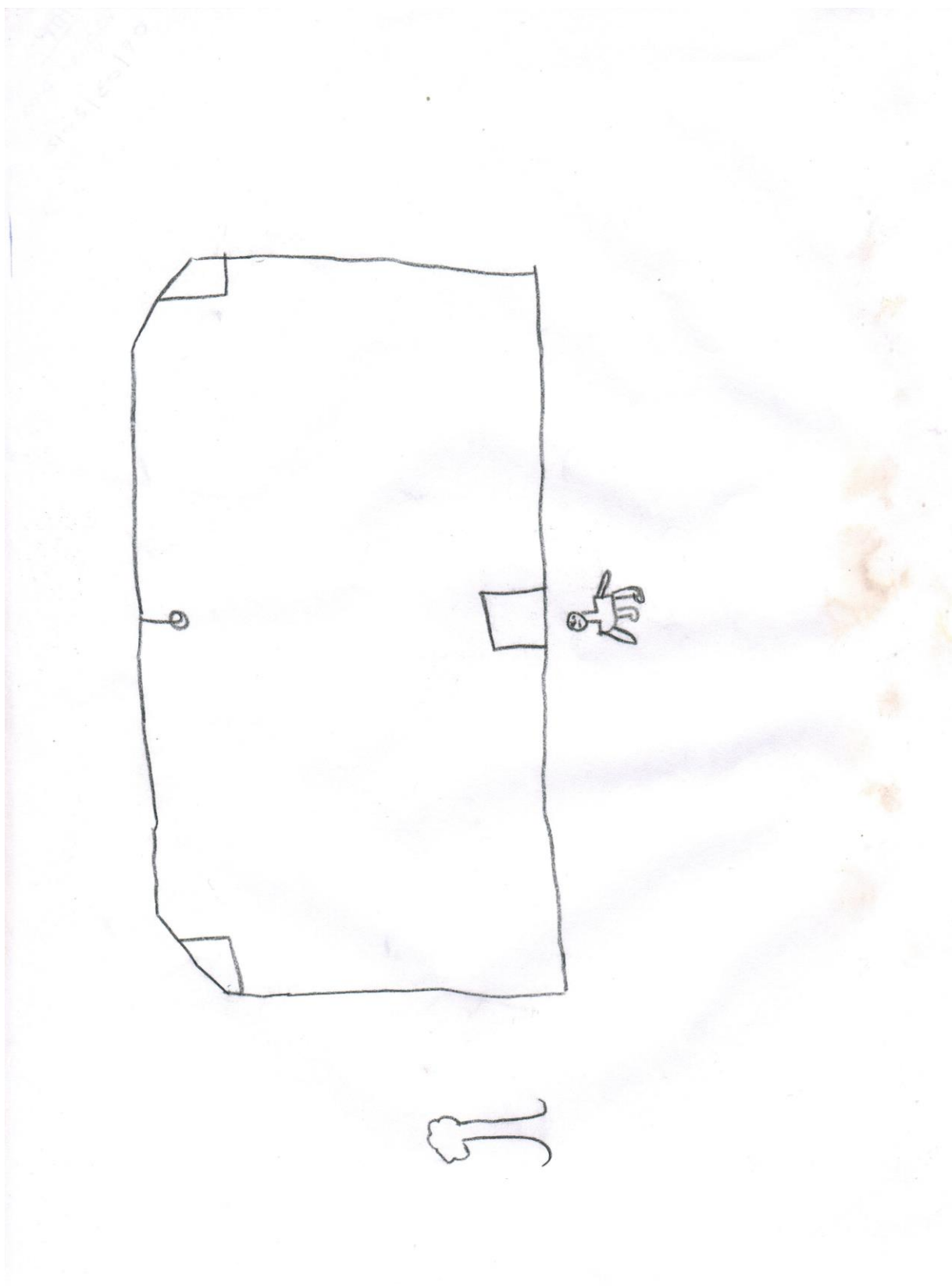


3.3 – Desenho Livre





3.4 – Desenho HTP



Teste Matemática

△ 3. □ 2 □ 2 ○ 1

0 3 6 9 12 15 18 21 24 27 30 33 36 39 42

8º oitavo

10º decimo

1ª primeira

5º quinto

6º sexto

39 40 41

42 43 44

45 46 47

48 49 50

23 - 2 dezenas e 3 unidades

19 - 1 dezena e 9 unidades

41 - 4 dezenas e 1 unidade

35 - 3 dezenas e 5 unidades

catadze - 94

trinta e sete 37

quarenta e dois 42

33 | 33 + 16 =

16 | 33

33

+ 16

49

A: o pastor tem 49 anais

$$a) 48 - 26 = 22$$

$$\begin{array}{r} 2 \overline{) 48} \\ \underline{48} \\ 0 \end{array}$$

$$b) 26 + 28 = 54$$

$$\begin{array}{r} 2 \overline{) 54} \\ \underline{48} \\ 6 \end{array}$$

①

Histórias do CAT Animal

Nome: V.D.

Idade: 8 anos

Sexo: Masculino

Escolaridade: 2ª Classe

Prancha 1 – Uma galinha com os filhos a comer. Os filhos estão bem “dret” com colheres na mão e pratos, e com umas toalhas no pescoço. “já ne mas”

Prancha 2 – Um cão com um urso a puxar uma linha. Estão a brincar. Parecem estar bem nessa brincadeira. Não brigam estão normal. “já ne mas”

Prancha 3 – O tigre está sentado num banco, com um charuto na mão com uma coisa dos mancos. Está cansado. Porque trabalha demais.

Prancha 4 – Ele está com os filhos, com um chapéu e uma bicicleta. Estão indo passear. Vão a praia de mar. Tomar banho de mar porque esta calor. “Já ne mas”

Prancha 5 – Um berço uma cama um cadeira e uma janela. Quarto de senhora. A senhora Elsa la da minha zona. É a minha tia nos dois somos familiares. Um dia deitei na casa dela. Porque ela tinha ido a uma festa e deitei com os filhos.

Prancha 6 – Um urso pequeno com um urso grande. Estão deitados porque tem frio estão numa arvore.

Prancha 7 – É um tigre com um macaco, estão a brigar. Porque o macaco veio a casa do tigre. Foi buscar-lhe insulto. Porque não havia outro macaco ele foi buscar o tigre.

Prancha 8 – U macaco a brincar com um menino, e os outros a tomar café. O macaco diz para o outro sentar. Porque estava a fazer abuso estava a brincar na agua.

Prancha 9 – Uma porta com gato deitado. Está deitado numa coisa onde deita os bebes. O berço é de uma criança. Erly filho da minha tia por parte da minha mãe. Eu e a Erly brincamos juntos e depois vamos buscar um cachorro.

Prancha 10 – Um cão com o filho está a dar banho ao filho e está a esfregar ao filho. Dá banho sempre ao filho. “já ne mas”

Teste exclusão de objectos

Identificação

Nome: V. D.

Idade: 8 Anos

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Agregado Familiar: Mãe, tias e os primos

Habilitações Literárias: 2ª Classe

1 – Moeda

2 – Flor

3 – Livro

4 – Pé

5 – Lampada

6 – Cachimbo

7 – Marinheiro

8 – Bola

10 – Termometro

11 – Passaro

12 – Carta

13 – Balão

14 – Quadro com pintura

15 - Indiferença

9 – Botão

APÉNDICE

- 1 – Casuística dos casos atendidos no Serviço Saúde Mental
- 2 – Actividades
 - 2.1 – Actividades ou tarefas de Estagio
 - 2.2 – Outras actividades realizadas durante o estágio
 - 2.3 – Dinâmicas Grupo
 - 2.4 – Resumo Tema Apresentado no seminário teórico

Casuística

Casos atendidos no Serviço Saúde Mental

Nome	Idade	Data	Proveniências
D. *	22 Anos	12/01/2012	Consulta Externa
N. F.**	11 Anos	21/09/2011	Consulta Externa
L. S.**	9 Anos	02/02/2012	Consulta Externa
G.**	5 Anos	13/12/2011	Consulta Externa
R. S.**	15 Anos	24/01/2012	Consulta Externa
J. D.**	14 Anos	15/02/2012	Consulta Externa
J. L.**	6 Anos	12/03/2012	Consulta Externa
W. S.**	7 Anos	07/03/2012	Consulta Externa
V. D.*	8 Anos	17/02/2012	Consulta Externa
K. T.**	5 Anos	24/02/2012	Consulta Externa
J. M. S.*		23/01/2012	Consulta Externa

Participação direta *

Participação Indireta **

Actividades ou Tarefas de Estágio

Estagiário	Seminários Teóricos	Data
Emerson Rodrigues	Estrutura Psicótica*	Por apresentar
Fernando Sousa	Manifestações Psicossomáticas/ Testes Projetivos	08/12/2011 15/12/2011
Heriberta Araújo	Psicopatologia Patológica -Aspectos Genéticos	19/01/2012
Jailson Frederico	Psicopatologia Borderline	15/12/2011
Marlene Delgado	Clinica Infantil*	Por apresentar
Ronizia Santos	Aspectos Metapsicológico*	Por apresentar

Outras Actividades Realizadas durante o Processo de Estagio

Dinâmicas Grupos	Nome	Objetivo
	Dinâmica nº1- O Espelho	Trabalhar a empatia, interacção com o outro e consigo próprio (entra em contacto consigo).
	Dinâmica nº2- Desenho Livre Seguido de Descrição.	Permite uma maior introjecção grupal ajuda o paciente a projectar as suas necessidades, desejo e emoções.
	Dinâmica nº3- Discussão de Temas	
Formações	Mastologia	
	Cuidados Paliativos	
	Formação sobre tematica	Evitar a reincidencia de internamentos de crianças, promover a humanização dos serviços hospitalares.

Descrição das dinâmicas de grupos

Dinâmica 1 – O Espelho

Nessa dinâmica fizemos pares de dois em que um estagiário e um paciente fizeram grupo, o objectivo dessa dinâmica era mostrar aos pacientes a importância do tratamento ou seja dos medicamentos para a saúde própria e para que haja uma diminuição dos internamentos. Os pares funciona um como espelho e outro como figura, em que a figura fazia alguns gestos como lhe apetecer e o espelho reflectia esses movimentos. Seguidamente a terapeuta fez uma pergunta, “o que é necessário para termos boa saúde?” em que cada paciente respondia utilizando somente uma palavra que descrevesse a pergunta. E tivemos as seguintes respostas: alimentação, higiene pessoal, ajuda dos técnicos, medicamento. A psicóloga que coordenava o grupo falou dos modelos e que o espelho seguia todos os movimentos da figura, a figura era o modelo para o espelho salientando que na vida temos bons modelos e outros modelos negativos, referiu ainda aos pacientes que raramente internam na enfermeira porque tomam os medicamentos correctos e respeitam as recomendações dos técnicos de saúde. Cada paciente falou da sua experiência que tem vindo a ter com os medicamentos, sobre os efeitos secundários que o medicamento provoca neles. Por fim cada participante da dinâmica referiu a uma única palavra que traduzisse toda a actividade da dinâmica (Deus, ginástica, medicamento, saúde, entendimento, bem estar, responsabilidade, consciência, humildade) que lhe ocorresse a cabeça e que traduzia o tema e o que foi realizado na dinamica em questão.

Dinâmica 2 – Desenho Livre Seguido de Descrição

Nessa dinâmica participaram uma das psicólogas do serviço, os estagiários e os pacientes internados no serviço, em que os pacientes internados na enfermaria da psiquiatria foram primeiramente convidados a falarem das suas estadias no serviço de saúde mental e como tem vindo a ser o relacionamento com os técnicos e os demais pacientes, seguidamente foi-lhes pedido para fazerem um desenho terminado o desenho deveriam contar uma história sobre esse desenho. Foi pedido a um paciente para fazer o desenho disse logo que não sabia desenhar porque ela nunca foi a escola, mas pegou de uma folha e pintou toda a folha utilizando vários cores, outro paciente desenhou um livro, um carro e uma senhora contou a seguinte história do seu desenho é que o livro era para estudar e fazer carta de condução para poder conduzir o carro e também esse livro representa a vontade que ele tem de dar continuidade aos estudos, também ele fez uma projecção ao desenhar a senhora fixava os olhos sempre numa estagiária e disse que era a senhora que ele queria para ser a sua namorada, já o terceiro paciente fez um desenho em que ele deu um tema a este desenho que foi o seguinte “a natureza” desenhou montanhas, estradas, aves, árvores, mar, pedras, estrelas-do-mar, caranguejos e dois navios com um senhor de binóculo em que ele diz que o senhor era ele porque ele gosta de mar e de ser mergulhador.

Dinâmica 3 – Discussão de Temas

Esta dinâmica foi feita no âmbito do trabalho de uma das psicólogas do Serviço de Saúde Mental. Nesta dinâmica participaram os doentes internados na enfermaria, os estagiários, a psicóloga e o enfermeiro de serviço, onde a psicóloga escolheu algumas palavras de forma aleatória e escreveu-as num pedaço de papel, distribuindo essas palavras para cada participante do grupo, cada um falava do seu tema de forma a expôr os seus conhecimentos, sentimentos, angústias relacionados com o tema. Havia vários temas como: sono, sonho, saúde, família, partilhar, tratamento, alimentação, felicidade, solidariedade, consulta, respeito e comunicação. Cada participante fala sobre a importância que o seu tema tem para o bem do funcionamento físico e psíquico, o meu tema foi sono em que fiz uma explanação dizendo que o sono é importante para a nossa saúde e que devemos dormir pelo menos 8 horas por dia para descansarmos e para recuperarmos energias para o dia seguinte, se não tivermos uma boa noite de sono no dia seguinte teremos dificuldades em exercer as nossas funções como o trabalho, ir à escola e cuidar da nossa família.

PSICOLOGIA PATOLÓGICA DE J.BERGERET

ASPECTOS GENÉTICOS

Influências pré e neonatais

As influências pré-natais: Segundo Phyllis Greenacre as experiências pré-natais e a situação que sucede ao nascimento contribuem para criar uma pré disposição para angústia ou pré-angústia. O feto reage a estímulos externos com aumento dos movimentos, aceleração do ritmo cardíaco. Ex: um som forte e agudo de uma campainha elétrica faz-se ouvir perto da mãe o feto apresenta um aumento de atividades, quando a mãe passa por períodos de graves dificuldades emocionais, tudo isso prova que o estado psicofisiológico da mãe exerce uma influência sobre o comportamento normal do feto.

Phyllis interpreta essas reações reflexas como um facto que prova a existência antes do nascimento, de um esquema que assemelha a angústia. Esse esquema constitui um potencial organofisiológico que se for poderoso poderá ter como consequência reações mais violentas aos perigos psicológicos que sobrevenham no curso da vida. O aspecto traumático do meio pré-natal deveria ser relacionado antes de tudo a violência das relações sexuais entre os pais. Mesmo depois do nascimento a mãe continua a exercer uma influência sobre a personalidade dos seus filhos.

O trauma do nascimento – está ligado ao nome de Otto Rank mas foi Freud quem primeiramente assinalou a significação psicológica desse trauma do nascimento ressaltando o perigo no afluxo inicial de excitações vindos do mundo externo no momento da saída do organismo que é um meio calmo e tranquilo para uma nova situação. O recém-nascido não defronta com este perigo de maneira adequada pois não dispõe dos mecanismos de defesas para se proteger. O nascimento torna um modelo de angústia ulterior que tem em comum a separação biológica da mãe que depois manifesta de forma mais psicológica e mais simbólica.

Freud tende a minimizar a importância dos acidentes no curso do nascimento não admitindo que a criança possa ter consciência.

Otto Rank mostra um papel central para o trauma do nascimento no desenvolvimento da personalidade. Para ele o nascimento constitui um choque profundo que cria um reservatório de angústia cujas partes descarregarão e se libertarão durante toda a existência.

Para Rank todas as neuroses têm explicação para as suas origens na angústia do nascimento.

Rank foi mais adiante com a sua concepção declarando que o recém-nascido retém impressões visuais da separação da mãe e são duráveis que é responsável pelo horror experimentado mais tarde pelos órgãos genitais femininos, as separações ulteriores de qualquer natureza reais ou imaginárias serão vivenciados com um trauma ameaçador: separação do seio, no desmame, separação fantasmática do pénis pelo medo da castração.

Para Otto Rank toda a busca do prazer tem um objectivo de atingir o contentamento puro e primitiva intra-uterina. Sendo o acto sexual o meio mais satisfatório para realizar este retorno a vida intra-uterina porque é a união simbólica com a mãe. Para este autor a angústia primária do nascimento representa um obstáculo para essa satisfação pois é um perigo contra o desejo de voltar para o seio materno. Esta angústia é desenvolvimental organizador

Phyllis fica numa posição intermédia entre Freud e Rank, ele admite a acção de dois factores: os hereditários e os acidentais que apareciam no momento do nascimento. Para dar resposta a angustia de nascimento factores h dif. visuais acidentais

Fases Pré-Genitais

Todas as diferentes fases não são separadas umas das outras, mas passam de uma para outra.

1 - Fase oral

Desenvolvimento psicosexual – a sexualidade infantil é indiferenciada e pouco organizada. Difere da dos adultos em 3 pontos.

As regiões corporais de maior sensibilidade não são forçosamente as regiões genitais.

Os objectivos são diferentes - a sexualidade infantil não conduz a relações sexuais propriamente dita, mas comportam a actividades que desempenham um papel no prazer preliminar mais tarde.

A sexualidade infantil tem tendência a ser auto-erótico.

. Na fase oral a zona bucal é a zona erógena ou fonte pulsional corporal.

O objecto original do desejo sexual do bebé constitui do seio materno ou seja o acto de mamar é a primeira expressão da pulsão sexual. O acto de mamar não só satisfaz a necessidade de alimentação como proporciona prazer a si mesmo.

A separação da mãe no momento do nascimento instaura uma nova relação mãe filho relação dependente e simbiótica, uma relação de fusão, mas que tem a partir de agora, um mediador: a função alimentar ou nutricional. A esta função liga-se um prazer que a criança experimenta aprende no momento que é alimentada.

Esta satisfação libidinal que inicialmente apoia na necessidade fisiológica de ser alimentada vai separa-se desta.

Nesta fase o objectivo pulsional é duplo: por um lado existe a estimulação da zona erógena bucal, prazer que é auto-erótico. o indivíduo ainda não tem a noção de um mundo exterior diferenciado de si. - Por outro lado existe o desejo de incorporar os objectos, desejo específico da oralidade que, apesar do emprego da palavra “objecto”, não confere a este o verdadeiro estatuto de objecto exterior.

I - Fase oral primitiva (de 0 a 6 meses)

Denominada fase pré-ambivalente é a verdadeira fase oral de Freud que Abraham subdivide em “fase narcísica” primária e “fase anaclítica”.

- Principais características:

Prevalência da sucção, da aspiração a partir do sistema de absorção (boca, órgãos sensoriais).

A incorporação, a assimilação oral das excitações que vem do exterior, isto é do objecto sentido como bom e que teoricamente não é destruído.

A satisfação auto erótica como compensação particularmente em situações de frustração.

Ausência de diferenciação entre próprio corpo e objecto exterior, ausência de distinção entre a criança que mama o seio e o seio que a alimenta.

Ausência de amor e ódio propriamente dito, estando livre o psiquismo, então, de toda ambivalência afectiva.

II - Fase oral tardia (de 6 a 12 meses)

Também chamada de fase oral sádica, no curso da qual predominam as pulsões que Freud denominou de “canibalísticas” que é marcada pela aparição dos dentes e pela capacidade de morder e dar dentadas nos objectos inicialmente no seio materno.

Nesta época se a criança responde a uma frustração mordendo para se vingar, ou se exprime uma pulsão agressiva em si o resultado é o mesmo: a incorporação sempre em jogo tornou-se sádica, isto é destrutiva: o objecto incorporado é vivido nas fantasias como atacado, mutilado, absorvido e jogado fora no sentido da destruição.

b) A relação de objecto

Quando fala-se na relação de objecto fala-se de uma inter-relação dialética. Não esta apenas a questão da forma como o indivíduo constitui seus objectos mas também como estes modelam a actividade do indivíduo.

O primeiro objecto de cada indivíduo é a sua mãe palavra que tomada no sentido amplo que é quem dirige a maior parte dos cuidados da criança.

A noção de objecto traz problemas porque no início não existe imagens de objectos no sentido psicológico e as primeiras representações de objectos são mais ou menos fragmentadas e em todo o caso parceladas e não unificadas.

O recém nascido não tem consciência do mundo externo mais unicamente. De suas próprias percepções internas de tensão e de relaxamento: ele não se consegue distinguir dos outros. O bebe encontra-se às voltas com pedaços de objectos - objectos parciais dos quais fazem parte da mãe. A relação do bebe com as partes do objecto estabelece-se em duas direcções:

- *O auto erotismo* – poderia qualificar de primária e acompanhada de masturbação (1 fase masturbatória) no quadro do narcisismo também ele primário.

Relação anaclítica (significa deitar-se sobre) Freud designa de estado de dependência absoluta que liga fisicamente a criança as pessoas cujas intervenções a mantém viva. Que significa dizer que nessa fase esses objectos podem ser apenas funcionais.

A descoberta real dos objectos dá-se através de um processo gradual.

A relação objectal dita primitiva constitui-se por ocasião dos momentos de ausência do objecto anaclítica que por outras palavras

A primeira tomada de consciência de um objecto deve proceder na criança do estado de espera nostálgica de alguma coisa que lhe é familiar que pode satisfazer suas necessidades mas que no momento esta ausente (Fenichel)

Depois a criança aprende a diferenciar suas impressões essa diferenciação estabelece entre objectos de confiança ou conhecidos e objectos não conhecidos e mesmo estranhos -conhecido como angustia de estranho.

Quando distingue-se de sua mãe começa a comunicar – se com ela a compreender o que transmite mesmo sendo através da sua mímica.

A relação ambivalente segunda parte da fase oral no momento da aparição das pulsões sádicas, neste período a tendência a morder o desejo de destruir a mãe associa-se a união libidinal. Da – se a projecção do mau para o exterior

. **O desmame** é o conflito de relação específico que liga – se a resolução da fase oral. O desmame é um trauma no sentido corrente e restritivo em que é vivido como consequência da agressão sob a forma de frustração. Fase mais importante no desenvolvimento da personalidade

2 - A fase anal (dos 2 aos 3 anos)

Em que a criança já anda, fala, controla os esfíncteres a criança tem uma dependência relativa mas já real.

Desenvolvimento psicossexual

O prazer anal existe desde o início da vida mas não é o principal exutório da libido e ainda não é conflitado. Quando instala o controlo dos esfícteriano o ato de defecação torna –se um ato na

qual a criança pode adquirir um domínio suficiente, o prazer desta defecação, os conflitos ligados a ela passam a ocupar uma situação privilegiada.

. *A fonte ou zona erógena* é a mucosa anorectal.

. *O objecto* da pulsão anal é de descrição mais árdua devido á crescente complexidade do jogo pulsional. A mãe torna-se uma pessoa inteira continuando a ser um objecto funcional, parcial que a criança manipula.

Freud descobriu a importância da analidade pela análise da neurose obsessiva onde necessitamos da manipulação dos objectos reais e simbólicos.

O objectivo pulsional é expulsar sua produção intestinal não é unicamente o ato anal ao qual se liga um prazer cuja experiencia cada um de nos tem diariamente. Adiar a defecação também possui um poder erógeno indiscutível.

Abraham descreveu ainda sub fases:

- *Inicialmente a fase dita explosiva* – o objectivo é de experimentar sensações a excreção. Além do prazer natural é obtido uma estimulação adicional como consequência da importância que concede os pais às funções anais. Outra estimulação é a lavagem frequente das mãos ansiosas essa lavagem tem um significado frustradora de esvaziamento intestinal.

- *Segunda sub fase, fase retentiva* – o prazer principal relaciona-se a retenção encontramos aqui as mesmas origens para este prazer.

A descoberta pela criança da estimulação intensa da mucosa que pode provocar, além da expulsão a retenção.

É a primeira descoberta do prazer auto-erótico masoquista. Entendido como algo do género “faça-me alguma coisa” e o bolo fecal não chega a ampola rectal por efeito de um ato voluntário.

b) A relação de objecto – o sadismo definido como uma agressão carregada de prazer contra o objecto.

Os componentes eróticos e agressivos da analidade encontram-se nas duas sub fases descritas por Abraham. A disciplina esficteriano permite a criança descobrir a sua propriedade privada, de seu poder, poder pela sua mãe que ela pode recompensar ou frustrar.

O masoquismo – objectivo passivo de chegar ao prazer através de experiencias dolorosas, bater em alguém representa uma saída para tendências sádicas.

A ambivalência - as relações continuam a ser ambivalentes mais intensa que a relação oral – sádica. Os objectos externos poderão ser:

Por um lado eliminados, suprimidos, isto é recusados, expulsos e por isso mesmo destruídos

Por outro lado e de forma tão intensa quanto a anterior, introjetados, isto é guardados como objectos de apropriação, retidos como uma posse preciosa e amada.

Bi- e homossexualidade. Actividade e passividade. Narcisismo anal.

a) **A bissexualidade** humana para Freud teria raízes tanto psicológicas como fisiológicas sobretudo na fase anal do desenvolvimento.

A relação entre o erotismo anal e a bissexualidade seria essencialmente determinada pelo facto de que o recto aparece como um órgão excretor oco.

Enquanto órgão excretor pode activamente expulsar algo e desta faculdade derivariam as tendências masculinas.

Enquanto órgão oco, pode ser passivamente excitado pela penetração de um corpo estranho: donde derivariam as tendências femininas.

b) **A posição da dupla actividade-passividade** marca as relações objectais próprias desta fase para a criança não se trata da oposição masculinidade feminilidade no sentido sexualizado destes termos.

c) O ***narcisismo*** – conquista da independência particularmente através da marcha e do controle esfinteriano, possibilidade de oposição e de chantagem diante do objecto materno, sentimento de onnipotência e auto super-estima.

3 - A fase fálica – depois do 3 ano

Há abandono ou solução dos conflitos afectivos próprios nesta fase há unificação das pulsões parciais sob uma certa primazia dos órgãos genitais.

a) O desenvolvimento psicossexual

O erotismo uretral - o objectivo primeiro deste erotismo é o prazer de urinar em que existe também o prazer de retenção.

- Nos dois sexos há uma significação fálica até mesmo sádica, sendo a micção o equivalente de uma penetração activa, ligada a fantasias de danificar ou destruir.

- Por outro lado, pode ser vivenciado como um deixar fluir um prazer passivo de rendição e de abandono dos controles. Nesta fase os pais fazem a criança sentir-se envergonhado quando ele fracassa no controlo dos esfíncteres.

A masturbação infantil – os jogos da criança representam o que se denomina a masturbação primária.

O prazer hedônico que acompanha a micção dela vai dissociar-se para se procurar reproduzir por si mesmo de maneira repetitiva e a isto denomina-se de masturbação secundária. Sendo primária ou secundária essa masturbação infantil é sempre negada pelos pais em função do seu próprio superego.

A curiosidade sexual infantil –

a) **A descoberta anatómica entre os dois sexos** é uma expressão ambígua. Para a criança existe apenas um único sexo que é representado pelos seres providos de um pénis.

b) **A cena primária** aqui a criança fantasia ser o testemunho do coito dos pais. Segundo Freud essas cenas são – das fantasias ditas primitivas ou originárias. Que segundo a psicanálise são

informadoras de toda a vida fantasmática quaisquer que sejam as experiências reais dos indivíduos.

Na cena primária intervêm os seguintes mecanismos:

- A **Identificação** com um dos parceiros as vezes com os dois, e muito frequentemente sentido da passividade.

- A **Projectão** da própria agressividade do indivíduo, sendo essa cena primária na maioria das vezes, vivida pela criança como sádica, em função dos barulhos, gritos ou gemidos percebidos.

- O **sentimento de abandono** que facto de ser excluído dessas relações induz na criança.

c) A **escotofilia ou voyeurismo** que pode ser relacionada a cena primária (no adulto instinto para o prazer preliminar e na criança requer satisfação por si mesmo) e é mais auditivo do que visual.

- **As teorias sexuais infantis** por não receber ou por não poder integrar respostas satisfatórias a criança interpreta os fatos a sua maneira em função de sua vivência libidinal

a) **As teorias infantis da fecundação.** Fecundação oral por ingestão de um alimento miraculoso ou pelo beijo sendo essa crença em geral mais difundida nas meninas em quem persiste as vezes até a puberdade, e mesmo até mais tarde.

b) **O nascimento anal.** As crenças de que as crianças são evacuadas pelo ânus tem relação com as fantasias e ou interesses da fase anal. Depois aparecem elaborações mais evoluídas nascimento pelo umbigo.

c) **a concepção sádica do coito** depende bem mais dos resquícios fantasmáticas da fase anal e dos fenómenos projectivos do que de alguma realidade que a criança tenha porventura testemunhado.

b) O aspecto narcísico e pré-genital da fase fálica.

O pénis ainda não é percebido como órgão genital mas como um órgão de potência ou de plenitude (daí o nome dado a essa fase).

Freud empregava tanto pénis como falo em que o pénis é o próprio órgão masculino na sua realidade anatómica. O falo assinala a função simbólica atribuída injustamente ao pénis. Por outras palavras falo deve-se entender uma fantasia segundo a qual a posse de um pénis proporciona e significa plenitude e potência.

C) A angústia de castração.

Reacção afectiva consequentemente a constatação da ausência de pénis na menina, que acarreta o menino a ter medo de perde-lo e na menina o desejo de adquiri-lo. Esta angústia de ser incompleto ou da falta determina a angústia da morte. Tal angústia é na criança consciente ou pré-consciente apercebendo-se da falta do pénis no outro ou nela mesma. Que constitui uma falsa representação da realidade.

Dolto diferenciam aqui a fantasia ou angústia de castração como fenómeno consciente, natural, transitório e estruturante; e complexo de castração como fenómeno inconsciente, duradoura fonte de sofrimento.

A angústia de castração é normal como também amadurece doura. E nessa luta as atitudes do menino e menina vão ser diferentes.

No menino por ser possuidor de um pénis que falta as meninas, o menino super investe esse pénis.

- Libidinalmente- enquanto instrumento de satisfação sexual

Enquanto símbolo da valorização narcísica de si mesmo, são expressas pelas tendências exibicionistas. O menino identifica-se com o seu pénis. Resultado desse narcisismo levado ao extremo é o medo de causarem algum dano ao seu pénis.

Num primeiro tempo a criança tenta negar a realidade que pode gerar a prevenção em geral.

Graças a um reparação magica o menino pensa sobre a menina que o pénis delas também crescerá o que dá continuidade a angustia e a menina pensa que foi uma mutilação sofrida, como sanção imaginaria como sendo uma forma de punição por parte dos pais para punir certos desejos e prazeres que eles vivenciam com proibidos.

A recusa em entender a todas as mulheres essa ausência do pénis ainda é uma defesa, mantém a crença de uma mãe peniana, idealizada não terá caído sob o golpe da castração e que mantém, a seus olhos, esse pénis imaginário, símbolo e apanágio do falo, isto é da potência adulta. Designa-se um imago de mãe anterior distinção, um personagem parental todo-poderoso “mulher fálica”, é preciso reconhecer que se trata de uma expressão usada pelo homem, que facilmente projecta suas próprias angústias de castração sobre o pretenso “falicismo” das mulheres.

Na menina ao descobrir sobre a sua falta de pénis, a menina depois de um período de negação e de esperança, se vê forçada a aceitar bastante rapidamente essa ausência. Essa constatação e o grande desapontamento que a ela se segue não somente sobrevêm antes do Édipo. Trata-se primeiramente, para a menina, de uma verdadeira e profunda ferida narcísica que acarreta um sentimento de inferioridade no plano corporal e genital.

Primeiro elemento é um tema de reivindicação e a famosa inveja do pénis e ainda a reivindicação fálica comparada a negação da diferença do menino. A menina chega até a pensar que, sem dúvida ela possuía um pénis e que perdeu, o que reforça a ideia de reconquista-lo.

A menina vai inculpar a sua mãe por isso e aproximar-se do pai, realizando assim esse momento capital da evolução psicosexual da mulher que, precisa operar uma verdadeira mudança de objecto para entrar no Édipo. Complexo de castração após provocar na menina a ferida narcísica, desvaloriza a mãe.

A entrada da menina para o Édipo e acesso a genitalidade é de natureza mais ou menos racional e defensiva.

Outra defesa de natureza mais edipiana o desejo de ter um filho, que vai substituir o desejo de ter um pénis. Diz-se que a libido da menina desliza ao longo da equação pénis = criança. É com esse objectivo que a menina elege o pai como objecto de amor, a mãe que se torna assim

objecto de seu ciúme, ficando essa ruptura com a mãe marcada por uma extrema ambivalência.

Fases Genitais

1 - O complexo de Édipo

Tem um papel importante para o organizador da personalidade, representa o eixo de referência maior psicogenética humana para os psicanalistas freudianos. O conflito em questão aparece entre os 3 aos 5 anos de idade é a partir de então um conflito sexualmente especificado, inscrito numa problemática a três. Diz-se também triangular ou ternário - entre os três personagens familiares: filho, pai e mãe, inaugurado enfim a verdadeira genetalização da libido.

Generalidades e definição

. É durante sua própria auto-análise que Freud descobre o complexo de Édipo experimentava por seu próprio pai um ciúme que entrava em conflito com o afecto que lhe dirigia. A formulação da situação edipiana como geralmente compreendida para o menino, situação cujo aspecto negativo - no caso de hostilidade contra o pai, a ambivalência como do acobertamento afectuoso reactivo com relação ao pai.

No caso do menino o complexo de Édipo vai-se apresentar:

Sob forma positiva com:

- Seu aspecto positivo o amor pela mãe.
- Seu aspecto negativo o ódio pelo pai.

Sob forma negativa ou invertida

- O aspecto positivo ou libidinal é representado pela atitude feminina terna do menino com relação ao pai.

- Enquanto que aspecto negativo ou regressivo será a hostilidade de ciúme sentida com relação á mãe.

Em casos mistos assim como de períodos mistos além da ambivalência em relação a cada um dos pais, os componentes hétero - e homossexuais de cada criança.”Encontram-se em diversos graus na chamada forma completa do complexo de Édipo.

. A antropologia psicanalítica – o complexo de Édipo é produto da instituição social que é a família, susceptível de mudar em função das transformações desta.

. A proibição do incesto é esta lei.

É encontrada por toda a parte e é condição para que uma cultura diferencia da natureza.

. sobre a questão de uma “estrutura “pré - edipiana. Período anterior ao Édipo. A escola Kleniana que faz remotar o complexo de Édipo a chamada posição depressiva a partir do momento em que intervêm a relação com pessoas totais. Quando se diferencia, ou mesmo quando se opõe o pré – edipiano ao Édipo, assinala-se a existência e os efeitos de uma relação complexa, de tipo dual, entre a mãe e a criança, e procura-se encontrar as fixações a uma tal relação nas mais diversas estruturas psicopatológicas.

Triangulação cada vez dá-se um momento bastante precoce em que a mãe após o nascimento volta para a cama do pai, isto é, recatexiza o parceiro sexual descateixizando ao mesmo tempo o filho pelo menos relativamente.

A idade do Édipo referido nesta fase no período de 3 a 5 anos de idade. E era destruído aos 5 anos e a escolha do objecto é apenas na puberdade e permanecendo a sexualidade infantil essencialmente auto-erótica.

O problema do Édipo feminino relaciona-se com essa questão e especificamente pela valorização da ligação pré-edipiana com a mãe, o complexo de Édipo significará para ela uma mudança do objecto de amor, da mãe para o pai.

Tentativa de definição. Édipo como: uma problemática de relação fundamental para a dimensão social, conflituosa e estruturante, histórica no sentido de que sobrevêm num momento relativamente precoce do desenvolvimento de cada indivíduo e em que confere á revolução afectivo-sexual deste último, e a seu prognóstico, um carácter de quase- conclusão universal, especificada enfim por uma estrutura triangular entre a criança, seu objecto natural e o portador da lei.

O fundador do Édipo representa o nódulo original de todas as relações humanas, e em seu papel fundamental na estruturação da personalidade e na orientação do desejo humano, papel este que é atestado nas funções capitais que lhe são reconhecidas e particularmente:

- Escolha do objecto amoroso definitivo.
- Acesso á genitalidade,
- efeitos na constituição do Superego e do ideal do Ego.

A relação de objecto edipiana

. *A própria história de Édipo.* Devemos acrescentar que a neurose ocorre quando fixações arcaicos no pai e ou na mãe fortemente catexizadas reproduzem-se sobre um outro homem ou uma outra mulher.

. O complexo de Édipo no menino.

Inicialmente depende da mãe, posteriormente confrontado com as relações entre os pais, o menino introduz o pai na díade inicialmãe-filho, ao mesmo tempo que toma consciência de que o objecto do desejo materno encontra-se, de fato, no pai, que possui o falo, atributo da autoridade, da potência, da lei.

Investimento objectal francamente sexual dirigido a mãe.

- a agressividade pulsional bruta sofre uma sublimação

- Objectivo hedônico primitivo e sublimado em objectivo sentimental que permite a criança obter a estima dos adultos e fortalecer sua confiança em si. Em sua tentativa de conquista do objecto materno, o menino encontra na pessoa do pai um rival, rival de quem sente ciúme em função de sua superioridade real e que super estima em função de sua significação simbólica, enquanto que as fantasias edipianas apenas reforçam os temas fantasmáticos de castração. O sentimento de culpa da criança torna-se crescente, pois é a presença, real ou simbólica, da imagem paterna que basta para afirmar o direito contra o qual a criança se insurge.

A certeza da inutilidade de seus esforços permitirá a criança:

- superar sua angustia de castracao, ela própria determinante do abandono do objecto incestuoso;
- renunciar ao mesmo tempo a tentativa de sedução erótica da mãe e a competição com o pai;
- enfim, visar a conquista de objectos substitutivos. A completa liquidação do conflito edipiano será acompanhada de um afastamento que, se destruir os objectos anteriormente investidos, permitirá ao menino “elaborar o luto” desses objectos libertando a energia libidinal pronta para ser revestida sobre novos objectos.

É preciso que o menino possa abandonar toda atitude de sedução para com o rival paterno.

Encontramos no menino a seguinte sequência:

- Desejo edipiano;
- Ameaça fantasmática de castração pelo pai e angústia de castração superada ao mesmo tempo pela identificação com o pai e pela renúncia a mãe;
- fim brutal do Édipo e ingresso na latência.

O Édipo na menina: a mudança de objecto. O desenvolvimento objectal é aqui mais complicado, uma vez que é necessário que a menina execute um passo suplementar, a transferência da mãe para o pai.

As decepções que desviam a menina da mãe. O desmame, a educação higiénica, o nascimento dos irmãos e irmãs...decepção especificamente feminina ainda mais importante; a menina tem a impressão que possuía anteriormente um pénis e que sua mãe dela o tirou.

Obter do pai aquilo que sua mãe lhe recusou.

Um ódio ciumento, carregado de culpa em relação a mãe.

.O declínio do complexo do Édipo.

O menino renuncia aos desejos sensuais dirigidas á mãe e aos anseios hostis em relação ao pai sob o impacto da ameaça de castração.

Na menina. A renúncia ao complexo de Édipo é mais gradual e menos completa, provem do medo de perder o amor da mãe, medo esse que não constitui uma força tão poderosa e tão dinâmica quanto a da angústia de castração, mas que desempenha igualmente o seu papel. Ferida narcísica (ligada a inadequação corporal) intervirá da mesma maneira para desencadear a repressão do primeiro movimento edipiano.

No final das contas as escolhas objectais são regressivamente substituídas por identificações. Essa energia libertada será geralmente investida na aquisição de um instrumental intelectual.

Efeitos, papéis e funções do complexo do Édipo.

O Édipo é o ponto nodal em torno do qual ordenam-se as relações que estruturam a família humana, no sentido amplo da sociedade inteira. É o momento em que o ser humano é confrontado pela primeira vez com o fenómeno social. Constitui uma vitória da espécie sobre o indivíduo.

O Édipo é também o momento fundador da vida psíquica. Atinge o seu apogeu com o acesso a genitalidade, - primazia da zona genital,

- Superação do auto-erotismo primitivo.

- E orientação na direcção dos objectos externos... Constituição da realidade do objecto.